

JORGE MANUEL DE JESUS ADRIÃO

**VIDA VITORIOSA: ENFRENTAR A ADVERSIDADE COM
RESILIÊNCIA, COM QUALIDADE DE VIDA E
ESPIRITUALIDADE**

Orientador: Fernanda Salvaterra

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

JORGE MANUEL DE JESUS ADRIÃO

**VIDA VITORIOSA: ENFRENTAR A ADVERSIDADE COM
RESILIÊNCIA, COM QUALIDADE DE VIDA E
ESPIRITUALIDADE**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professora Doutora Fernanda Salvaterra

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Agradecimentos

O grande privilégio da realização desta minha investigação, com todas as suas façanhas e aprendizagens dela decorrente, deve-se a várias pessoas.

Os meus agradecimentos:

Primeiramente com amor eterno ao Autor da Vida, que no beneplácito da Sua vontade, sabiamente me providenciou as capacidades intelectuais, os recursos humanos e materiais necessários para chegar a esta etapa do conhecimento.

Seguidamente, à Professora Doutora Fernanda Salvaterra, minha orientadora exímia, do mais profundo do meu coração: um muito obrigado! Isto por toda a amabilidade, paciência e auxílio prático que gentilmente teve para comigo.

Peculiarmente à minha família em geral que me apoiou, especialmente à minha amada esposa e mãe dos nossos três filhos: Jorge, Noémi e Loíde. A todos eles, fico a dever o amor cristão, a compreensão, auxílio e tempo despendido pelos estudos propostos.

Especialmente às igrejas onde ministro, que desde o início não colocaram entraves aos estudos, mas comigo estiveram fraternalmente e em oração. Bem hajam!

Aos meus colegas de curso pelo seu companheirismo, amizade e privilégio de os conhecer.

A todos os que foram meus professores, um muito obrigado! Enfaticamente com um forte abraço ao professor João Richau, pela sua paciência longânima e pelas longas conversas de incentivo à minha persistência (resiliência) no curso.

Carinhosamente às instituições, equipas e às pessoas que permitiram a recolha dos inquéritos, o que para muitos foi penoso recordarem os anos passados na dependência dos tóxicos; mas em contra partida promotor de resiliência.

Ebenezer!

Resumo

O conceito de resiliência remete à capacidade do ser humano ser bem-sucedido, de viver e se desenvolver positivamente, de maneira socialmente aceitável, apesar do stress ou de uma adversidade que normalmente implica o risco grave de um ressalto negativo. Ter uma vida saudável e adaptativa ao longo do desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi explorar a influência da qualidade de vida (bem estar-subjetivo) e espiritualidade na predição de resiliência em jovens adultos toxicodependentes. A amostra de conveniência foi, constituída por 82 indivíduos residentes em diversos centros de recuperação. Com idades compreendidas entre 19 e 55 anos, do sexo masculino ($M = 38.60$; $Dp = 10.04$) e do sexo feminino ($M = 35.08$; $Dp = 11.16$). Obtida pelas escalas: WHOQOL – Bref; a The Resilience Scale de Young 1993; a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais). Os resultados revelaram uma correlação direta e significativa entre a qualidade de vida, espiritualidade e a resiliência, sendo que quanto mais altos os resultados da qualidade de vida e de espiritualidade, maior a resiliência dos toxicodependentes inqueridos, com intensidades diferenciadas, dependendo dos itens das variáveis em análise.

Palavras-chave; Resiliência, bem-estar subjetivo, espiritualidade, toxicodependência.

Abstract

The concept of resilience conveys the ability of the human being to be successful in living and positive development, within socially acceptable parameters, in spite of stress or any adversity that normally implies a grave risk of negative significance, resulting in a life that is healthy and adaptive throughout development. The objective of this study was to explore the influence of quality of life (subjective well-being) and spirituality in the prediction of resilience in young adults who are drug addicts. The sample of subjects, comprised of 82 resident individuals in Teen Challenge rehabilitation centers. The ages of the subjects ranged between 19 and 55 years of age, of males ($M = 38.60$; $Dp = 10.042$) and females ($M = 35.08$; $Dp = 11.16$). This was obtained using the following scales: WHOQOL – Bref; The Resilience Scale by Young 1993 and the Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais). The results revealed a direct and significant correlation between quality of life/spirituality and resilience, being that the greater the results related to quality of life and spirituality were, the greater the resilience of the inquired drug addicts proved to be, with some variance depending on the the items in analysis.

Keywords; Resilience, subjective well-being, spirituality, addiction.

Abreviaturas

APA – Associação Psicológica Americana (American Psychological Association)

QdV – Qualidade de Vida (**WHOQOL** - Organização de Qualidade de Vida e Saúde)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Índice Geral

Introdução	8
Capítulo 1 – Resiliência	13
Capítulo 2 – Qualidade de Vida	18
Capítulo 3 – Espiritualidade	21
Capítulo 4 – Resiliência, Qualidade de Vida e Espiritualidade.....	27
Capítulo 5 – Metodologia	30
5.1 Participantes	30
5. 2 Instrumentos	32
5. 3 Procedimento	35
Capítulo 6 - Resultados	36
6.1 Apresentação das dimensões em estudo	36
6.2 Discussão	45
Conclusão	53
Referências bibliográficas	56

Índice Tabelas

Tabela 1 – Comparação de consumos na europa	11
Tabela 2 – Características Demográficas da Amostra	31
Tabela 3. Normalidade	36
Tabela 4. Diferenças entre Géneros (Dimensões WHOQOL, ER e EE).....	37
Tabela 5. Diferenças entre Géneros (Dimensões demográficas).....	37
Tabela 6. Diferenças de médias nas Dimensões WHOQOL, ER e EE, em relação às Substâncias mais Consumidas.....	38
Tabela 7. Diferenças entre ter filhos nas Dimensões WHOQOL, ER e EE.....	39
Tabela 8. Diferenças entre ter Companheiro(a) nas Dimensões WHOQOL, ER e EE.....	40
Tabela 9. Diferenças entre ter Fé nas Dimensões WHOQOL, ER e EE	41
Tabela 10. Correlação entre Idade, Escolaridade e Anos de Consumo.....	42
Tabela 11. Diferenças entre recuperados e em recuperação nas Dimensões WHOQOL, ER e EE.....	44

ANEXOS	i
 Anexo 1 – Fatores de Resiliência	ii
Anexo 2 – Censos de 2012.....	iii
Anexo 3 – Instituições.....	iv
Anexo 4 – Consentimento informado	v
Anexo 5 – Escala de Resiliência	vi
Anexo 6 – Escala de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	vii
Anexo 7 – Escala de Espiritualidade	viii

Introdução

No nosso mundo e estado existencial, existem culturas e subculturas. E dentro destas últimas, hábitos vingaram e tornaram-se num estilo de vida – numa moda, a que poderemos chamar de nova cultura. Informa Étienne (1998), que para além de culturas globais, existem subculturas e até contraculturas. É na contracultura dos anos 60/70 que surge na sociedade portuguesa, o consumo das drogas e seus derivados. A partir de onde os indivíduos passaram de um simples hábito de consumo desportivo ou esporádico, para um consumo de adição plena. Esse fato, por sua vez, levou-os a adotar uma cultura com comportamento peculiar de consumidor, e de outras subculturas de delinquência (roubo, homicídio, prostituição etc.) (Da Agra, 1998).

Visto a toxicomania (como estilo de vida), ser um estado de intoxicação crónica ou periódica de droga natural ou sintética, de forma natural, o consumidor fica preso à seguinte tríade (baseada em circunstâncias sociais e pessoais): obter, consumir, providenciar para que não falte. Ou seja, “trata-se dum certo estilo de vida com objetivo de encontrar satisfações imediatas” (Coelho, 1986, p. 24).

Sabemos que estes indivíduos, quando veem a sua saúde a definhar, e ao encararem todo o peso e consequências do seu novo estilo de vida, têm dificuldades substantivas na mudança efetiva de atitude e de vida. A dependência, física e psicológica é um fator limitador, ainda agravada pela opressão dos dealers. Torna-se assim, difícil resistir ao impacto de não consumir e não voltar às experiências quotidianas que marcam o percurso generalizado dos utilizadores aditivos de substâncias tóxicas. Nesse âmbito, os recursos psicológicos e espirituais podem ajudar potencialmente tal população, que se encontra desprotegida dos recursos psíquicos, outrora mais disponíveis – sem estarem subjugados à influência dos tóxicos (Da Agra, 1998).

Perante uma população que aparentemente tem por motivação evitar o sofrimento (que a falta de consumo produz), por um lado, arranja forças sobre humanas para continuar a sua sobrevivência no processo de adição. Mas, por outro lado, quando determinada, também arranja forças suficientes para sair com êxito da dependência (Cury, 2008). Ainda que, finalmente, ao fim de um longo processo transversal a várias gerações, o toxicodependente, não seja mais encarado como um mero transgressor, ou

como, mais recentemente, um simples doente, mas sim um doente agente psicossocial auto responsável, apesar de termos entrado num novo paradigma – o biopsicossocial (consagrado pelo decreto de lei em 2001), que visa o tratamento e a reinserção dos consumidores (Sommer, 2004). Isso em nada diminuí a importância da atenção e compreensão do fenómeno. Embora João Goulão, presidente do Instituto da Droga e da Toxicodependência creia que haja uma diminuição do consumo, estima que exista presentemente cerca de 40 mil pessoas em Portugal que estão a ser tratadas por abuso de droga (Forbes, 2012). A juntar a esta preocupação, o relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (Fedotov, 2013), mostra que Portugal está, juntamente com Espanha, Itália e França, entre os países com maior taxa de mortalidade nos consumidores que se injetam, apesar de se assistir a uma redução significativa de mortalidade. A toxicodependência e as consequências que lhe estão associadas (desde o aumento de consumos, surgimento de novas substâncias, mortes, violência, tráfico, saúde pública, infeções etc.), são da preocupação de toda a sociedade, a exemplo do que se escreve: “o país vê crescer todos os dias as ruínas morais, sociais e médicas que o fenómeno “droga” provoca (...) doença, insegurança, criminalidade, desvios comportamentais variados, atropelos morais e sociais, perversões, etc.” (Cardoso, 2001, p. 9). Todavia, devemos reconhecer que o mundo da droga não está imediatamente relacionado com o crime, com a decadência moral e ou a precaridade de saúde. Agra (1997), descreve a existência de “toxicodependentes “puros”, sem história criminal (...) delinquentes “puros”, sem história de consumo de drogas” (p. 194). Então, se por um lado, nem sempre a toxicodependência está associada à doença, violência ao medo, por outro lado, para uma grande franja da população, tem uma relação direta e inquietante nestas variáveis, nomeadamente a insegurança e medo de contração de doenças, porque a droga é:

“O lugar, o mercado, o canto escuro e perigoso, frequentemente infecto e interdito; é o consumidor que também trafica, é o consumidor degradado, é a rapariga que se prostitui para adquirir o produto, é o dealer frequentemente cadastrado, é a viúva insuspeita que colabora no negócio, são alguns agentes infiltrados no meio, mas a ele aliados pelo vício ou por outras conveniências, são os arrumadores de automóveis que hoje enxameiam.” (Cardoso, 2001, p. 12)

No campo da saúde pública, a toxicodependência é encarada como uma doença a ser tratada e curada. A prevenção primária é enfatizada, através da intervenção médica,

social e psicológica para minorar e evitar o flagelo desta (Cardoso, 2001). A prevenção deve ter como grande pano de fundo de prevenção as instituições de ensino, particularmente as escolas, conforme as diretivas estabelecidas pela UNESCO (Negreiros, 2000). A esse respeito, estamos perante um trabalho urgente a ser desenvolvido na nossa realidade portuguesa, a julgar pela avaliação dos manuais preventivos escolares sobre toxicodependência. Estes são considerados, ainda muito precários, em que “a orientação do ensino situa-se no campo do modelo Biomédico da Educação para a Saúde, fundamentalmente nas perspetivas patológica e preventiva” (Dantas et al., 2005, p. 4). É assim urgente a prevenção acontecer o mais cedo possível na vida dos sujeitos, visto que o comportamento dos adolescentes é influenciado pelos que lhe sejam próximos. A sua experiência com droga pode surgir “não só da exposição a modelos propiciadores do consumo, mas também da vulnerabilidade à pressão social” (Kroger, 2001, p. 23). A prevenção deve tomar proporções holísticas e sistémicas o mais cedo possível para que as crianças possam constituir fatores de proteção e não de risco. A intervenção com os pais, em articulação com a escola e com a comunidade é um elemento preponderante nesse processo. A origem das condições problemáticas (vulnerabilidades), reside em interações familiares desajustadas e padrões de dificuldade a vários níveis no âmbito escolar (Moreira, 2005).

Esta preocupação faz sentido, visto o indivíduo ser possuidor duma individualidade ou personalidade peculiar, composta por “elementos geneticamente herdados (temperamento), como também os adquiridos do meio ambiente no qual a criança está inserida (caráter)” (Ferreira, 2009, p. 29). A personalidade em traços latos é definida como as “características da pessoa que explicam padrões consistentes de sentimentos, pensamentos e comportamentos” (Pervin & John, 2004, p. 39).

Há a probabilidade do “conceito de existência prévia da personalidade com tendência para a dependência e a «predisposição» para o desenvolvimento da doença de toxicodependência ainda antes do início do consumo de drogas (...) esta só se torna aparente com o início do consumo” (Sommer, 2004, pp. 26, 27). Torna-se então, necessário para contrariar esta possível tendência, o estabelecimento duma prevenção que desenvolva os ganhos e resiliência conseguidos através de intervenções em determinados estádios do ciclo de vida dos indivíduos, que sejam integrados em intervenções seguintes (Moreira, 2005).

No que concerne ao consumo de estupefacientes, segundo Fedotov (2013), este enquadra-se numa população compreendida entre os 15 e 64 anos. Em relação ao consumo das substâncias tóxicas prevalentes ao longo da vida, a estimativa destes consumidores (entre 15 e 64 anos), encontra-se na Europa relacionada com as seguintes substâncias: Cannabis, Cocaína, Ecstasy, Anfetaminas, Opiáceos. Com a importância visível na tabela 0 (Galvão, 2012, p. 15).

Tabela 1 – Comparação de consumos na europa

Substância	Prevalência ao longo da vida	Consumo no último ano	Consumo no último mês	Variações do consumo no último ano, por país
Cannabis	Cerca de 80,5 milhões de pessoas (23,7% dos adultos europeus).	Cerca de 23 milhões de adultos europeus (6,8%).	Cerca de 12 milhões de pessoas (3,6%).	Variação global de 0,3% a 14,3%.
Cocaína	Cerca de 15,5 milhões de pessoas (4,6% dos adultos europeus).	Cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%).	Cerca de 1,5 milhões de pessoas (0,5%).	Variação global de 0,1% a 2,7%.
Ecstasy	Cerca de 11,5 milhões de pessoas (3,4% dos adultos europeus).	Cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%).		Variação global de 0,1% a 1,6%.
Anfetaminas	Cerca de 13 milhões de pessoas (3,8% dos adultos europeus).	Cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%).		Variação global de 0,0% a 1,1%.
Opiáceos	Cerca de 1,4 milhões de europeus.			
Opiáceos				
Mortes	Representaram 4% de todas as mortes de europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos.			
Tratamento	Principal Droga em cerca de 50% do total de pedidos.			
Tratamento de substituição	Cerca de 710 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2010.			

Então, onde jaz um segmento populacional predominantemente jovem, a interpelação no contexto português, somente pode passar por um modo de ajuda: “tolerância responsável e reabilitação possível” (Cardoso, 2001, p. 17).

Cremos que este estudo é de relevância no contexto em que vivemos. Assim, constitui-se como uma mais valia comparar a interligação das variáveis já mencionadas, objetivando os ganhos e a resiliência na prevenção da redução e evitamento do consumo de estupefacientes no contexto português. O toxicodependente é assim enquadrado dentro dum prisma de quem precisa de ajuda, em vez de ser estigmatizado ou rotulado de diferente. Olievenstein (citado em Coelho, 1985, p. 24), afirma que “o toxicómano

não é um delinquente que é preciso punir, nem um doente que é preciso tratar, nem um marginal que é preciso excluir. É simplesmente uma pessoa em dificuldades”. Ainda que a toxicodependência, esteja incluída no DMS-IV-TR, no seu capítulo Perturbações Relacionadas com Substâncias é considerada “não só como uma doença médica geral, mas como uma doença psiquiátrica específica” (Sommer, 2004, p.28). Recordamos através de Sommer (1985), que após o protocolo de Genebra de 1972, houve a mudança do paradigma, em que o toxicodependente deixa de ser visto como criminoso para ser encarado como um ator doente – um indivíduo doente, mas agente passível de reabilitação.

Partimos então, neste trabalho, do pressuposto que haverá elementos que poderão constituir-se como fatores de ajuda, suporte e motivação. Assim pretende-se observar, se a qualidade de vida e a espiritualidade podem ser preditores da resiliência necessária para ultrapassar a dependência naqueles que a procurem deixar. Esta investigação realizou-se com a população toxicodependente residente em centros de reabilitação, através dos dados, recolhidos pelas escalas: WHOQOL – Bref; a The Resilience Scale de Young 1993; a Escala de Avaliação da Espiritualidade (Pinto & Pais).

Portanto, espera-se que este trabalho conceda um contributo dentro desta temática urgente e sensível. Ao encarar o toxicodependente como alguém com potencial para desenvolver em si, a resiliência, promover o bem-estar subjetivo e a espiritualidade como fonte de equilíbrio. Numa perspetivada de “luta” apresentada ao toxicómano, a qual, sendo positivamente recebida, é essencial para o “combate” à sua própria situação de dependência tóxica (Coelho, 1985).

A apresentação deste estudo foi estruturada em seis capítulos. Primeiramente uma primeira parte de contextualização teórica, onde se abordam os conceitos de resiliência, qualidade de vida, espiritualidade, e por fim a correlação destas. Na segunda parte, são apresentados os participantes, as medidas e o modo como decorreu a investigação. Na terceira parte, foram descritos os resultados estatísticos obtidos. Na quarta parte, procedeu-se à discussão desses resultados. Finalmente apresenta-se uma conclusão ao trabalho.

As normas utilizadas para as citações e referência bibliográfica, tanto para a parte textual, como para as tabelas foram as definidas pela American Psychological Association (APA).

CAPITULO 1 – A RESILIÊNCIA

Perante os embates e agruras da vida é preciso reagir, não se desmoralizar, física e psicologicamente. Existe um antigo e lato conceito que descreve esta necessidade humana - “a resiliência” - que nos faz voltar ao estado consciente, após o estado de choque, levando-nos a ultrapassá-lo. Por analogia, na esfera da mecânica a resiliência é expressa na resistibilidade dum material face a um embate. É compreendida na fórmula: quanto maior a resiliência menos frágil é o material. O que assim se traduz num sinónimo psicológico para as pessoas (Sillamy, 2002).

A resiliência é então, um termo de abrangente significação desde a física, mecânica, carácter ao estado psicológico de “habilidade de suportar adversidades”. Figurativamente, segundo o dicionário Aurélio: “é uma palavra de origem latina *resiliencia*, particípio presente neutro plural de *Resilire*, que significa «saltar para trás; recusar vivamente»” (Ferreira, (1968, p.1493). Ou seja, a capacidade que a pessoa tem de defesa e recuperação perante fatores ou condições adversas (Oliveira 2010). Oliveira ainda faz menção ao estudo das pessoas que desde criança até à idade de 50 anos foram observadas no seu desempenho (nomeadamente o psicológico) na ilha de Kauai no Havaí, onde as psicólogas Emmy Werner e Ruth Smith, identificaram crianças que expostas às condições mais adversas de sobrevivência, desenvolveram fatores de proteção ultrapassando positivamente as vicissitudes adversas da vida, sem a elas soçobrar. A resiliência é portanto uma necessidade para ultrapassar experiências menos boas da vida, do stress e recuperação de traumas. Este mesmo autor afunila o significado dizendo que:

“a resiliência é então uma força básica, em torno da qual giram todas as características positivas do cenário emocional e psicológico de uma pessoa. A falta de resiliência é a principal causa do funcionamento negativo; não existe coragem, racionalidade, ou insight (discernimento). É o pilar sobre o qual tudo o resto é construído.” (Oliveira, 2010, p.18)

Augusto Cury (2008), por seu turno, liga o termo resiliência ao fenómeno da psicoadaptação que reflete a capacidade de suportar dor, ascender obstáculos, administrar conflitos, contornar entraves, se adaptar as mudanças psicossociais. O que de certa forma revela o sentido do conceito como:

“A capacidade de ser bem-sucedido, de viver e se desenvolver positivamente, de maneira socialmente aceitável, apesar do stress ou de uma adversidade que normalmente implica o risco grave de um ressalto negativo. A resiliência refere-se portanto a um processo complexo que resulta da interação entre o indivíduo e o seu meio ambiente.” (Anaut, 2005, p.44)

Ainda segundo Anaut (2005), a resiliência geralmente surge face aos fatores de risco iminentes, ligados à criança, à configuração familiar ou a fatores socio-ambientais. Envolve então o indivíduo, um grupo humano ou familiar. Assim, a resiliência é a superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações. Através da qual “o suicídio imaginário (desejo de sumir, desejo de dormir e não acordar mais), suicídio físico e suicídio psíquico, refletido pelo alcoolismo, dependência de outras drogas, comportamentos autodestrutivos, autoabandono” (Cury, 2008, p.119), pode ser ultrapassado. A resiliência, portanto, impede que o processo de desenvolvimento ao longo do tempo não seja comprometido quando situações gravosas da vida assolam e desestabilizam a vida da pessoa ou de um grupo (Manciaux, 2010). Como afirma Cury (2008), uma pessoa de baixa resiliência é vulnerável à depressão, pânico, ansiedade e sintomas psicossomáticos, por sua vez, uma pessoa com alta resiliência, tem a capacidade face aos traumas de reagir, construir janelas e reedificar o inconsciente. Ou seja, “um choque de gestão do intelecto capaz de esfacelar o pessimismo e erigir de esperança os horizontes da vida” (Cury, 2008, p.119). É a abordagem dinâmica da resiliência, que Anaut (2005) compreende como a adaptação positiva no quadro duma adversidade significativa, é preciso os indivíduos reagirem positivamente ultrapassando as adversidades. Podemos ainda dizer que a resiliência, enfrentando positivamente a adversidade, será necessária a pessoas que num extremo de um *continuum*, querem ser resilientes para sair do negativismo, ou que no outro extremo, querem ser mais resilientes para revelarem o seu potencial, ora dentro duma esfera de proteção (ultrapassando traumas de infância, inadaptação ao ciclo de vida, situações do quotidiano), ou descoberta - *reaching out* (alcançar, ir além dos seus limites), encontrar significado/finalidade para a vida (Oliveira, 2010).

Portanto, os indivíduos precisam adquirir ou desenvolver estratégias de resiliência, para poderem adquirir bem-estar num desenvolvimento normal perante circunstâncias difíceis. Anaut (2005) alude, que há uma generalização entre diversos investigadores, no sentido em que se pensa que a resiliência está latente nos indivíduos,

e que estes podem ser resilientes em certos domínios e não noutros. O desenvolvimento psicológico, o ciclo de vida e as próprias circunstâncias ambientais são variáveis que afetam a maneira como a resiliência se manifesta numa pessoa (Anaut, 2005). Então cabe ao indivíduo usufruir e desenvolver a sua resiliência, dado que esta, segundo Cury (2008), depende em larga escala do processo educativo. Nesse sentido, segundo Oliveira (2010), para se desenvolver uma maior resiliência, é necessário a modificação de paradigmas mentais e comportamentos adquiridos que se tornaram rotinas rígidas. Nessa linha de pensamento, ele afirma:

“O não desenvolvimento da resiliência, provoca pensamentos negativos e comportamentos reativos, falta a coragem, a racionalidade e a clareza de raciocínio. A pessoa «não vê qualquer luz ao fundo do túnel»; ou, simplesmente, não se exercita verdadeiramente para ser capaz de «superar-se a si próprio e ir mais longe».” (Oliveira, 2010, p.24)

Em síntese, acompanhamos o pertinente pensamento de Oliveira (2010), o qual, aponta que a pessoa resiliente é aquela que faz da resiliência uma competência, imbuída duma idiossincrasia que vai desde uma autoestima elevada até a um projeto de vida idealizado, evitando os fatores de risco, valendo-se dos fatores de proteção. Assim sendo, de acordo com as investigadoras Werner e Smith, a pessoa resiliente “ama bem, trabalha bem, diverte-se bem, e tem boas expectativas” (citado em Oliveira, 2010, p. 31).

A resiliência é de fato um conceito relevante no processo de desenvolvimento pessoal, o qual pode e deve ser nutrido, em prol de uma vida mais harmoniosa, estável e com perspectivas de maior fruição individual e social. Segundo as pesquisas de Souza (2006), a capacidade resiliente deve-se a uma boa vinculação do apego seguro às figuras paternas ou aos cuidadores, promovendo um bom desenvolvimento do ciclo de vida nos indivíduos. Contribuí para a adaptação, dentro do contexto familiar, religioso ou cultural, vencendo contextos stressantes (perdas) ou abruptos (acidentes) que surjam na vida. Consegue-se igualmente uma autorregulação através das habilidades de controlo da atenção, das emoções e do comportamento. Souza (2006), ainda destaca a importância que a criança tem nas suas interações infantis com o mundo circundante (fora da família) para a capacitação e desenvolvimento da resiliência (particularmente com o contexto escolar). Quando a resiliência está instaurada, independentemente dos indivíduos terem passado por fatores de risco, podem demonstrar fatores protetores ou

moderadores nas ações práticas na vida num futuro (por exemplo, mães que sofreram em criança, provaram no futuro ser mães competentes). Nesta área do desenvolvimento da resiliência, as crenças individuais são relevantes, o recurso das redes sociais e da espiritualidade afiguram-se como indicadores de resiliência.

É oportuno fazer menção das evidências de resiliência nos indivíduos apontadas por Fergusson (2003, pp.4-5), como: 1) A inteligência e habilidades de resolução de problemas. 2) O género masculino ser mais reativo ao stress do que o feminino. 3) Os interesses e filiações externas poderem tornar os indivíduos mais resistentes aos efeitos da adversidade familiar. 4) A importância da vinculação de apego seguro aos pais. 5) O desenvolvimento precoce do temperamento e comportamento. Os fatores comportamentais e temperamentais poderem estar associados com a resistência à adversidade. 6) Ainda, a importância dos pares serem positivos como fator que contribui para uma maior resiliência.

A resiliência pode ganhar contornos peculiares, como: resiliência emocional (autoestima, autoeficácia, autonomia), académica (escola) ou social (pertença a pais/amigos, modelos sociais) (Angst, 2009).

Encaramos então, em suma, a resiliência como a energia que “vem de dentro ou do inconsciente coletivo do indivíduo mas também de fontes externas como as sociais, ecológicas e espirituais (...) que aumenta a eficácia pessoal, o autocontrolo e a independência, relativamente a medicamentos ou outras fontes de compensação externas” (Oliveira, 2010, p. 71).

Devemos então lembrar que, os primeiros estudos no âmbito da psicologia sobre a resiliência ocorreram a partir da década de 70, Desde então, os estudos sobre a resiliência crescem, e seu próprio conceito, tem evoluído, ao longo dos anos. Contudo, não se pode cair na tentação de se utilizar “o conceito de resiliência como um novo instrumento ou critério de avaliação com a finalidade de se classificar as pessoas em grupos resilientes e não resilientes, o que seria apenas uma substituição do rótulo de normalidade/anormalidade” (Souza, 2006). Afirmar Angst (2009), que não existem pessoas resilientes, mas que há pessoas que estão resilientes. Angst, dando voz a Grotberg (2005), divide as características das pessoas que estão resilientes em quatro categorias: “eu tenho”, e “eu posso”, “eu sou” e “eu estou”. Uma abordagem elucidativa da importância e componentes da resiliência (ver anexo 1). A resiliência apresenta-se como a forma dos indivíduos aceitarem as limitações impostas pela doença, e da adesão

ao tratamento, bem como a readaptação positiva da vida quotidiana. No campo psicológico a resiliência é de suma importância, visto poder-se encarar o indivíduo, não apenas como um mero doente, mas como alguém que ativamente pode encontrar dentro de si ou no meio circundante, a solução para os seus problemas. Assim, a resiliência nos indivíduos é indicativa “de uma vida saudável e adaptativa ao longo do desenvolvimento” (Angst, 2009, p.258).

CAPITULO 2 – A QUALIDADE DE VIDA

Até recentemente, os psicólogos deram pouca atenção ao estudo do bem-estar preferindo investigar a infelicidade e o sofrimento. Esta tendência para incidir o foco de estudo no sofrimento humano, no sentido de compreender as suas causas, em lugar de o virar para fatores relacionados com graus elevados de bem-estar e felicidade tem sido contrariado pela psicologia positiva que tem, progressivamente, ganho espaço nas últimas décadas. Esta abordagem, relativamente recente, remonta à segunda revolução da saúde, na década de 70, cujos valores centrais consistiram numa perspetiva ecológica da saúde, fazendo incidir o foco na saúde ao invés de o situar na doença. Surgiram então os conceitos de promoção da saúde e estilo de vida. É nesta altura que o conceito de bem-estar surge consistentemente associado ao conceito de saúde e que se generalizou à saúde mental. Podemos assim enquadrar o bem-estar subjetivo como uma dimensão da saúde mental (Diener, Suh & Oishi, 1997). Os estudos sobre o bem-estar subjetivo apontam para o fato das pessoas não apenas evitarem o mal-estar mas também procurarem a felicidade. Com esta viragem do foco da investigação para a dimensão positiva da saúde mental, o bem-estar subjetivo assume-se como um conceito chave de um campo de investigação.

Pereira e Engelman (1993) propuseram, uma classificação estrutural da qualidade de vida e das suas componentes em que consideram o bem-estar objetivo e o bem-estar subjetivo. O bem-estar objetivo, por sua vez, tem dois subcomponentes: o bem-estar económico (rendimentos) e o bem-estar sociodemográfico (casa, alimentação, educação e lazer, entre outros). Subjacente a esta classificação estão inúmeros estudos em que se constatou que aspetos como os rendimentos, a casa e a alimentação não indicam relação significativa com o bem-estar subjetivo. Segundo Giacomoni (2004), os últimos trinta anos de pesquisa têm demonstrado que todos os fatores demográficos, em conjunto, não contribuem significativamente para a variância do bem-estar subjetivo. Esta autora refere estudos de Campbell, Converse e Rodger (1976), os quais concluíram que as variáveis demográficas como sexo, idade, rendimento, raça, educação e estado civil computaram menos de vinte por cento da variância do bem-estar (note-se que há estudos que apontam para médias de variância de dez a quinze por cento). Por outro lado, existem outras variáveis de maior impacto positivo na felicidade, designadamente, o casamento, o emprego, o status ocupacional, o lazer e as competências de saúde e

habilidades sociais.

Giacomoni (2004) referencia as definições de bem-estar subjetivo em três categorias. A primeira categoria aborda o bem-estar segundo critérios externos, tais como a virtude ou a santidade. A segunda categoria, formulada por cientistas sociais, inclui questões como o que leva as pessoas a avaliar as suas vidas em termos positivos e tem sido designada de satisfação de vida. A terceira categoria considera o bem-estar como a preponderância do afeto positivo sobre o negativo (Bradburn, 1969). Esta última categoria enfatiza a experiência emocional de satisfação ou prazer.

Segundo Novo (2003), temos duas perspetivas de bem-estar, o bem-estar subjetivo que forma um campo de estudo e integra as dimensões de afeto e satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, que constitui outro campo de estudo que integra os conceitos de auto-aceitação, autonomia, controlo sobre o meio, relações positivas, propósito na vida e desenvolvimento pessoal. Ao longo da sua história, o bem-estar subjetivo foi caracterizado como um conceito abrangente e conceptualmente difuso. No entanto, existe algum consenso entre os vários autores de que o conceito é composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa em termos globais de felicidade, ou em termos específicos através das emoções (Galinha e Ribeiro, 2005). McCullough, Heubner e Laughlin (2000) referem no seu modelo tripartido do bem-estar, três componentes interrelacionados mas separados, a saber: satisfação com a vida global, o afecto positivo e o afecto negativo. Em primeiro lugar, o bem-estar subjetivo abrange o seu campo de estudo todo o espectro do bem-estar e não apenas os estados indesejáveis. Em segundo lugar, é medido a partir da perspectiva do próprio indivíduo, não se impondo critérios ou avaliações externas, e finalmente, embora o humor dos indivíduos possa ser influenciado em função dos eventos de vida, importa sobretudo o humor ao longo do tempo e não apenas emoções passageiras (Diener, Suh & Oishi, 1997). Ogden (2004, p.389), citando a definição da Organização Mundial de Saúde refere a qualidade de vida como: “um conceito alargado que é afetado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respetivo meio”. Segundo a abordagem desta autora (Ogden, 2004), é fundamental considerar a subjetividade dos sujeitos no conceito de qualidade de vida, sendo muitas vezes esta mesma subjetividade o fulcro do interesse do

investigador.

O bem-estar subjetivo é portanto, uma dimensão positiva da Saúde Mental. Sendo um conceito complexo integrador que interliga a dimensão cognitiva e afetiva na qualidade de vida. Na segunda revolução da saúde, ao sair-se com o enfoque na saúde, em vez de o enfoque ser a doença, nasceram os conceitos de promoção de saúde e estilo de vida. Emergindo-se, assim num modelo biopsicossocial da Saúde Mental, com uma abordagem holística, capaz de ultrapassar o reducionismo da perspectiva biomédica na promoção da Saúde Mental. Neste contexto a psicologia “passou a interessar-se pelo extremo positivo do espectro da Saúde Mental, em vez de se focar, exclusivamente, nos fatores que conduzem às perturbações como a ansiedade e a depressão” (Galinha, 2008, p.23). As investigações no campo do bem-estar subjetivo, emergem na procura da felicidade, logo segundo Galinha (2008, p.25), o bem-estar psicológico contempla: a autoaceitação, a autorrealização e personalidade adulta, a autonomia (como autodeterminação), independência das pressões externas e autocontrolo de comportamento. Esta autora ainda referencia Martin Seligman (enquanto presidente da APA), o qual defendia que a Saúde Mental “deveria ser mais do que a ausência da perturbação mental, deveria ser algo próximo de um estado vibrante de tonicidade da mente e do espírito humano” Galinha, 2008, p.26).

CAPITULO 3 – A ESPIRITUALIDADE

A Espiritualidade advém dos contextos socioculturais e históricos que incorporam os significados e comportamentos humanos, na sua maioria padronizados em credos peculiares e normativos. A espiritualidade vai além da religiosidade (conjunto de dogmas e crenças) que desde sempre tem estado ligada à saúde, no que respeita à causa e à cura. Contudo, apesar de hoje a espiritualidade ser desvinculada das causas e da cura das doenças no quadro clínico científico, para aqueles que a experienciam como um processo dinâmico e pessoal, nela podem obter um mecanismo de *coping* importante. O *coping* pode ser definido como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir exigências específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo (Lazarus, 1993). Assiste-se a uma mudança de paradigma no sentido em que se começa a dar importância à espiritualidade das pessoas, nomeadamente na compreensão de como as crenças interferem no problema de saúde, e na necessidade que os doentes têm de serem ouvidos nesta vertente (Pinto, 2007).

Essa faceta humana legitima-se ainda mais no seio de cultura ocidental imbuída numa filosofia judaico/cristã, em que os valores morais e espirituais influenciam o estar em sociedade dos indivíduos, desde a conceção de nascimento, morte e vida além-túmulo. O ser humano detém poder volitivo, intelectual e emotivo, implicando desse modo a necessidade de ter um equilíbrio entre o corpo (*soma*) e a alma (a sede das emoções) (Nee, 1986). Essa posição, que reconhecemos ser polémica, é salientada nas palavras de C.I. Scofield, da seguinte maneira: “sendo o homem espírito, é capaz de ter conhecimento de Deus e comunhão com Ele; sendo alma, ele tem conhecimento de si mesmo; sendo corpo, tem através dos sentidos conhecimento do mundo em que vive” (Oliveira, 1992, p.161). Dentro da cultura ocidental, um bom exemplo da importância da vivência da espiritualidade cristã, como fator de equilíbrio pode ser observado nos estágios de luto, onde pode ganhar repercussões de melhor resiliência e bem-estar subjetivo, na maioria dos indivíduos que existencialmente abraçam a espiritualidade. Nestes:

“a religião proporciona apoio, significado, consolo e esperança para o futuro. Os cristãos acreditam, além disso, que o Espírito Santo que vive em cada crente oferece um conforto e paz sobrenatural em épocas de luto. Quando o sofredor não tem crença

religiosa, ele ou ela sofre sem esperança. Assim sendo, a dor é maior, o sofrimento pode ser mais difícil e existe também presumivelmente maior potencia para a tristeza patológica.” (Collins, 2004 p.411)

Alude ainda Collins (2004), que num estudo com pais enlutados, 70 % destes procuram consolo em Deus, mesmo alguns que se considerava agnósticos (Collins, 2004). Sillamy advogou que em certas pessoas, a religião constitui um meio de conservar o equilíbrio psíquico a julgar pelo menor percentagem de casos de esquizofrenia na Índia em relação ao mundo ocidental, onde as pessoas realizam com facilidade experiências religiosas ou místicas (Sillamy, 2004). Karl-Heinz Ohlig no seu livro “Religião”, recorda-nos que as crenças religiosas e a espiritualidade sempre estiveram presentes na história da humanidade, desde os mais antigos vestígios arqueológicos da civilização até ao registo da história escrita. Desde cultos e rituais fúnebres, passando pelo panteísmo, politeísmo, até às religiões universais: monismo, monoteísmo e dualismo. Ficando os indivíduos com a incumbência de pautarem a sua conduta à luz da sua opção e crença. Podemos, portanto dizer que:

“a humanidade sempre gerou religiões ao longo da sua história. As formas concretas são muito diferentes, mas, ao que parece, nem sociedades nem indivíduos podem sobreviver a longo prazo sem projetos religiosos. Deixemos em aberto a questão de saber em que medida a viragem crítica permite uma vida a-religiosa – no sentido de Freud (considerando possível a vida sem religião); em todo o caso, as concepções seculares da maioria dos críticos da religião também apresentam motivos religiosos.” (Ohlig, 2007)

Frankl defende um sentido para a vida, podendo esse sentido para a vida passar pela sua fé no divino, no alcance de propósitos, realizações e alcances pessoais. Defende que o ser humano tem que ter um alento, um motivo que o faça valorizar a sua existência, tem que ter uma expectativa e esperança de alcançar objetivos e realizações. Na sua experiência nos campos de concentração nazis, relata-nos: que, o que era responsável pela forma como os prisioneiros não cediam às adversidades e às influências nefastas inerentes à vida quotidiana num campo de concentração, residia na ligação interior ao seu eu moral e espiritual, e somente os que deixam essa ligação, é “que acabaram por ser arrastados pelas influências degenerativas do campo” (Frankl, 2012, p.79).

O próprio Frankl (2012), como judeu que era, parece ter uma vivência marcada

pela espiritualidade. Segundo ele, não se colocou a salvo dos campos de concentração, por se lembrar do mandamento da “Torá”, que lhe ordenava honrar seus pais. Isso levou a que não fugisse, pois isso corresponderia a deixar os pais entregues a si próprios. A marca da espiritualidade na sua resiliência é bem vista, aquando nos descreve a sua libertação. A qual merece ser aqui transcrita:

“Um dia, pouco depois da libertação, caminhei muitos quilómetros pelos campos, ao longo dos prados floridos, até à cidade mais próxima do campo de concentração. Cotovias levantaram voo em direção ao céu e eu ouvia seu cantar alegre. Não se via ninguém nos quilómetros em redor; não havia nada senão a terra imensa, o céu, o júbilo das cotovias e a liberdade daquele espaço. Parei, olhei em volta e depois olhei para o céu – e então ajoelhei-me. Naquele momento sabia muito pouco sobre mim e sobre o mundo. Tinha somente uma coisa na cabeça, sempre a mesma: «Chamei o Senhor do estreito do espaço da minha cela e Ele respondeu-me na imensidão livre do espaço». Por quanto tempo estive ajoelhado a repetir esta frase já não consigo lembra-me. Mas sei que nesse dia, naquela hora, a minha nova vida começou. Progredi passo a passo, até me tornar um ser humano de novo.” (Frankl, 2012, p.97)

Com tais testemunhos, podemos constatar como a espiritualidade está impregnada nos indivíduos, independentemente dos seus contextos existenciais e de sobrevivência. A espiritualidade está enquadrada dentro dum conjunto de crenças, ou símbolos que impelem culturalmente os indivíduos à ação fazendo distinção entre o profano e o sagrado, a estarem bitolados na sua ação e reação em sociedade e determinação individual (Maia, 2002). Existem significados diferentes para “religião” e “espiritualidade”, contudo ambos se encontram profundamente relacionados. Conforme podemos notar na literatura existente, no seu crescente interesse de ligação da espiritualidade à psicologia, designando:

“a religião como um sistema organizado de crenças práticas e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e/ou o transcendente e a espiritualidade como uma busca pessoal de respostas sobre o significado da vida e sobre o relacionamento com o sagrado e/ou transcendente.” (Peres et al., 2007, p. 132)

Neste trabalho, não queremos focar sobre a racionalidade da fé no transcendental (apesar do estudo incidir na observação de se ter fé, particularmente na entidade divina – Deus do cristianismo/judaísmo, no contexto ocidental), mas sobre a influência da espiritualidade sobre os indivíduos. Visto não se tratar dum estudo de carácter filosófico,

em que o Deus - objeto de fé pode ser encarado como uma projeção meramente humana (face à finitude humana), nem se abordar o ponto de vista da teologia, como uma realidade direta da revelação divina, de um Deus que se revela pela natureza e particularmente pelo Nazareno que viveu na Palestina há cerca de 2000 anos. Contudo, pretende-se com o presente estudo, observar qual o valor da influência da espiritualidade nos indivíduos independentemente da perspetiva da projeção humana, ou da perspetiva de revelação divina direta, nomeadamente pelo evangelho (Kahn, 1999, Burki, 1980).

Como mencionado por Ohlig (2007), as concepções seculares da maioria dos críticos da religião também apresentam motivos religiosos. Ou seja, se cientificamente (em laboratório) não se pode provar a não existência de Deus, então a sua negação, é uma força de fé tão grande quanto a de qualquer “religioso” que acredita em Deus. Se, por um lado, em laboratório Deus não é provado, contudo as experiências de vida, fé no sagrado e/ou transcendente, podem ser observadas e registadas como uma força positiva de resiliência e de Bem-estar subjetivo em tais indivíduos, o que assim dá sentido ao estudo em questão (Kahn, 1999, Burki, 1980).

Hoje reflete-se que se tem saído da ideia freudiana de apresentar a religião como pouco mais que uma ilusão. Atualmente, a experiência religiosa já não é vista como uma patologia, podendo em certos casos ser apresentada como um reequilíbrio e bem-estar na personalidade dos indivíduos. Ainda se repara, que a perspetiva de vida após a morte abrange uma grande percentagem da população; e alude-se a uma amostra, feita em torno da crença de vida após a morte, com menor severidade nos sintomas de ansiedade, depressão, compulsão, paranoia, fobia e somatização. Pelo que, não é de admirar que a espiritualidade já seja focada no DSM-IV, como uma parte integrante do equilíbrio psíquico dos indivíduos (Peres, 2007).

Em Portugal, nos censos de 2011 na página 530 (ver anexo 2), obteve-se um número de 7 629 643 de pessoas que se assumiram como religiosos em relação a um número de incrédulo (sem religião) de 615 332, tendo 744 874 não respondido sobre o domínio da fé. Apesar disso, ainda se consegue evidenciar que grande parte da população portuguesa (calculada em cerca de 10,53 milhões em 2012), rege o seu quotidiano com influência da espiritualidade/religiosidade, ainda que muitos, conforme o adágio popular afirma, “só se lembrem de Santa Bárbara quando chove”.

Assim, têm surgido instrumentos de avaliação da espiritualidade, num

enquadramento holístico da saúde, onde a espiritualidade como outro qualquer constructo da personalidade humana, deve ser mensurado para uma investigação das necessidades espirituais, bem como no planeamento dos cuidados de saúde dos indivíduos (Carvalho, 2012). Apesar das controvérsias, a espiritualidade e a religiosidade sempre foram consideradas importantes aliadas às pessoas que estão doentes. Em estudos, que têm visado a compreensão, a repercussão e o tratamento das doenças oncológicas na vida de pacientes, foi observado que a fé em Deus e a espiritualidade são importantes estratégias para se enfrentar e redimensionar a vida (Chaves, 2010).

A espiritualidade é uma dimensão intrínseca ao ser humano, quer se assuma vinculada a uma religião convencional ou não, pois pode ser vivenciada em múltiplas vertentes e não somente a religiosa. É uma dimensão reconhecida como importante para a saúde evidenciando uma relação com a doença e com a morte/luto. Como *coping* religioso é uma boa estratégia de redução do stress e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Fornazari & Ferreira, 2010).

Concluindo-se que a espiritualidade vista nas “crenças e práticas religiosas/espirituais são dimensões importantes da cultura das vivências dos indivíduos, pelo que é imperioso conhecer e valorizar tais dimensões e compreender a sua importância na adesão do indivíduo às psicoterapias” (Pereira, 2011, p.10). Podemos então dizer que, a dimensão espiritual envolve questões ligadas ao significado da vida e à razão de viver; sendo a espiritualidade:

“uma dimensão complexa e multidimensional que agrega aspetos cognitivos (procura de sentido e significado na vida), aspetos emocionais (sentimentos de esperança, os afetos, o conforto e o apoio) e aspetos comportamentais (modo como as crenças espirituais são manifestadas e a força do seu estado de espírito).”
(Ferreira, 2011 p. 22)

Nesta dimensão os indivíduos podem encontrar um equilíbrio de adaptação e superação da doença, na medida que afeta o modo como cada pessoa vive a sua vida, podendo diminuir os fatores de risco negativos, e produzir fatores protetores de saúde e bem-estar. A espiritualidade parece estar relacionada com expectativas de vida maiores, maior esperança, autoestima, bem-estar psicológico e físico, menor sintomatologia ansiosa e depressiva e menor risco de suicídio entre outros aspetos existenciais positivos (Ferreira, 2011).

Galinha (2008), baseado em estudos de vários autores, defende que as pessoas que enfrentam a existência quotidiana com uma atitude religiosa, ou espiritual tendem a ser mais felizes do que as pessoas não religiosas. “A religião parece oferecer benefícios psicológicos e sociais, um sentido para a vida ou para os eventos perturbadores e suporte social” (Galinha, 2008, p.98).

CAPITULO 4 – RESILIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E ESPIRITUALIDADE

A resiliência é um instrumento clínico que exige um quadro de referência moral. Isto implica que um individuo deve superar a situação dentro das normas culturais em que se desenvolve. Não há dúvida em se discutir, sobre o que é socialmente aceitável e sobre quem são os que definem as normas, mas a resiliência enquadra-se dentro do contexto cultural (que engloba o espiritual e o de bem-estar). A resiliência sustenta-se na interação entre a pessoa e o meio, não dependendo exclusivamente do meio ou do inato do individuo. Ambos os níveis precisam de crescer juntos. Daí nunca ninguém é completamente estável na sua resiliência. Ainda cabe recordar que a resiliência tem dois componentes importantes: a resistência à destruição e a capacidade para reconstruir sobre circunstâncias ou fatores adversos. O conceito de resiliência ajuda a ver com clareza que existe essa dimensão nas pessoas, e demonstra uma nova visão de esperança e otimismo. Podemos dizer que os indivíduos resilientes são aqueles, que face à exposição dos fatores de risco, têm a capacidade de utilizar os fatores de proteção para sobrepor a adversidade e comportar-se adequadamente (Munist, 1998). Defende ainda Munist (1998), que os passos dados desde a mais tenra infância, no campo da segurança e da independência dos indivíduos, são de extrema importância para o desenvolvimento dum bom equilíbrio de resiliência, visível nas expressões (já acima mencionadas): eu tenho, eu sou, eu estou, eu posso. Expressões notórias de autoestima, de confiança em si e no meio, de autonomia e da competência social, necessárias desde a infância.

A resiliência também sofre influência da espiritualidade/religiosidade, dentro do contexto cultural em que o individuo está inserido. Então, o crescente aumento do interesse pela espiritualidade vem demonstrar que:

“a espiritualidade é uma ponte da dimensão plena do ser humano quando se recorre a um dos estudos nos campos da psicologia que mostra ser mais fácil sair de uma crise quando se tem algo por que valha a pena resistir (...) trata-se da teoria e da terapia de Viktor Frankl, considerado o “pai” dos estudos sobre a resiliência - embora ele nunca tenha feito uso desse termo.” (Silva, 2007, p. 193)

Estudos como o estudo longitudinal no Kauai, desenvolvido por Emmy Werner e Ruth Smith, apontam para fatores de resiliência, intrínsecos do indivíduo, da família

ou da sociedade, nomeadamente na interação com a religião ou religiosos. Onde, ser-se religioso, obter fé e ter certeza de salvação foi uma boa estratégia de adaptação com boas repercussões estruturais de resiliência em idade adulta (Werner, 2005).

Simão (2012), no seu artigo intitulado: “Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade”, foca estudos de diversos autores, pelos quais se evidencia a importância da correlação da espiritualidade com a resiliência. Surgindo a espiritualidade, como um fator que faz parte da resiliência psicológica como enfrentamento eficaz, que leva os indivíduos por meio do exercício da fé a ter uma perspetiva positiva do futuro, levando-os à busca de novas adaptações e recursos internos de superação das adversidades (em foco a população idosa). O mesmo autor, também relata indícios da religiosidade ter efeitos preventivos dos transtornos mentais, ou dar respostas adequadas às vulnerabilidades e bem estar-psicológico, diminuir o stress, o desamparo e criar uma estrutura cognitiva que enfrente o trauma. Foca ainda Simão (2012), a importância da espiritualidade na resiliência face ao luto (estudo feito com viúvas). Onde a religiosidade surge como aliada na superação da perda dos companheiros. E como uma terapia promovida por grupo social distinto (Simão, 2012).

Assim, após a desvinculação da saúde do domínio espiritual, pela declarada morte filosófica e cultural de Deus, do cristianismo e da religião em si, a redescoberta da dimensão espiritual na vida humana talvez seja, “uma das transformações culturais mais importantes do século XXI” (Boff, 2002, p. 117).

É bem visível a correlação, e a influência da espiritualidade sobre a saúde. Pesquisas feitas sobre esta influência, têm despertado a Organização Mundial da Saúde (OMS) nesse sentido (Silva, 2007). Embora seja uma dimensão de estudo muito subjetivo, os muitos e variados estudos de investigação feitos, mostram que:

“Há tendência à correlação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde física, mas por ainda não ser adequadamente robusto em suas provas e correlações, este constitui, sem dúvida, em amplo e promissor campo de investigação. Nesse cenário, a necessidade de maior investigação da relação entre saúde física e espiritualidade, baseada principalmente no impacto de intervenções de base religiosa sobre a saúde, faz-se ainda relevante para a comprovação desse paradigma.” (Guimarães, 2007, p. 93)

Contudo Guimarães (2007), na sua pesquisa, através de estudos independentes, estima que a prática regular de atividades religiosas tem reduzido o risco de óbito em

cerca de 30% e, após ajustes para fatores de confusão, em até 25%. Isto compreendido, também por estudos mecanísticos que abordam os incentivos aos benefícios saudáveis e aos estados distressores da religião (Guimarães, 2007).

A qualidade de vida sobre a resiliência e a espiritualidade também ofertam correlação imediata. A literatura científica tem demonstrado, a existência de relação entre espiritualidade e qualidade de vida. Salientando-se que o campo da qualidade de vida, engloba e transcende o campo da saúde. Prevendo-se que o campo da qualidade de vida, possa vir a tornar-se um mediador entre o campo da saúde e o das questões religiosas/espirituais. A literatura também indica, a importância da qualidade de vida sobre a resiliência (Panzini, 2007):

“O conceito de promoção da saúde deve ser entendido como um novo modo de compreender a saúde e a doença e uma nova forma dos indivíduos e da coletividade obterem saúde. A promoção, diferentemente da prevenção, caracteriza-se por um conjunto de intervenções que têm como meta a eliminação permanente ou pelo menos duradoura da doença, tentando-se eliminar suas causas mais básicas e não apenas evitar que se manifestem. Neste contexto entende-se que a resiliência apresenta uma característica diferenciada, que pode ser utilizada pela área da saúde, que é o caráter de enfrentamento e construção positiva frente à adversidade, possibilitando que os indivíduos participem de uma vida ativa e participativa.” (Noronha et al., 2009, p. 503)

Portanto obtém-se, melhor qualidade de vida, ao ter-se resoluções prementes nos campos adversos, tais como dependência química, delinquência, alcoolismo, sedentarismo entre outros, que necessitam que a promoção de saúde gere nos indivíduos resiliência, que hoje é encarada como parte da saúde mental e da qualidade de vida (Lasmar, 2009).

Então podemos compreender, a importância da correlação das variáveis em estudo, e peculiarmente encarar a importância do campo de estudo da resiliência, tendo-se em conta que:

“Atualmente, a psicologia do desenvolvimento está muito interessada em identificar os fatores que contribuem para reforçar a capacidade de resiliência. Sabe-se que ela não é uma capacidade fixa, mas que pode variar com o tempo e com as circunstâncias. Podem ser descritas várias características das pessoas que possuem maior capacidade para resiliência: inteligência, capacidade de reflexão, possibilidade de independência, capacidade de relacionamento, capacidade de iniciativa, humor, criatividade, noção interna de ética, entre outras.” (Simão, 2012, p. 294)

CAPITULO 5 – MÉTODO

A presente investigação é um estudo exploratório onde é pretendido estudar a relação entre a resiliência, qualidade de vida e espiritualidade na população de jovens adultos toxicodependentes. Particularmente, se a qualidade de vida e espiritualidade, podem ou não ser preditores de resiliência dentro desta população.

Então, colocou-se como hipótese: quanto melhor forem os níveis de qualidade de vida, e de espiritualidade, maior será a resiliência nos jovens adultos toxicodependentes face a adversidade da habituação dos tóxicos.

Nesta investigação, utilizou-se os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, a Escala WHOQOL - Bref (que avalia o bem-estar subjetivo), a Escala de Avaliação da Espiritualidade (adaptação à população portuguesa por Pinto C. & Pais-Ribeiro JL), a The Resilience Scale –Young (adaptação à população portuguesa por Cláudia A. Ferreira & Isabel P. Leal).

5.1 Participantes

Na amostra, deste estudo de conveniência, participaram 82 toxicodependentes, em estado de abstinência, alguns há pouco tempo, outros há anos sem consumirem. Na maioria os participantes eram do sexo masculino (84.1%), as mulheres participantes foram em menor número (15.9%), oscilaram desde o ensino primário até ao ensino superior (ver Tabela 1).

A amostra neste estudo foi constituída por 82 sujeitos, jovens adultos em recuperação ou recuperados (sem consumirem durante anos), com idades compreendidas entre 19 e 55 anos, do sexo masculino ($M = 38.60$; $Dp = 10.04$) e do sexo feminino ($M = 35.08$; $Dp = 11.16$). A investigação feita pelo autor desta dissertação foi realizada dentro dos centros das instituições de recuperação de toxicodependentes, seguintes: Desafio Jovem, Reto e Farol (anexo 3).

Tabela 2 – Características Demográficas da Amostra

	Sexo Masculino (N = 69)		Sexo Feminino (N = 13)		X^2
	N	%	N	%	
Escolaridade					.119
4º ano	10	14.9			
6º ano	15	22.4	2	15.4	
9º ano	21	31.3	4	30.8	
12º ano	17	25.4	4	30.8	
15º ano	4	6.0	2	15.4	
16º ano			1	7.7	
Filhos					.617
Sim	31	46.3	7	53.8	
Não	36	53.7	6	46.2	
Nº Filhos					.184
0 Filhos	36	53.7	6	46.2	
1 Filho	22	32.8	2	15.4	
2 Filhos	6	9.0	4	30.8	
3 Filhos	2	3.0	1	7.7	
4 Filhos	1	1.5			
Companheiro(a)					.104
Sim	12	17.4		13	
Não	57	82.6		100.	
Fé					.000
Sim	69	100.	9	69.2	
Não			4	30.8	
Substâncias					.459
Tabaco	1	1.5			
Álcool	4	6.0	2	15.4	
Várias	62	92.5	11	84.6	
Sub. + Consumidas					.114
Tabaco	1	1.5			
Haxixe	2	3.1	1	7.7	
Álcool	15	23.1	4	30.8	
Heróina	10	15.5	5	38.5	
Crack	1	1.5			
Anfetaminas			1	7.7	
Ecstasy	3	4.6			
Outras	2	3.1			
Recuperação					.014
Recuperado	23	33.3			
Em Recuperação	46	66.7	13	100.	
	Sexo Masculino (N = 69)		Sexo Feminino (N = 13)		t
	M	DP	M	DP	
Idade	38.60	10.042	35.08	11.161	1.299

5. 2 Instrumentos

O questionário Sociodemográfico

O questionário foi usado na recolha de dados sociodemográficos importantes para a caracterização da amostra, tendo sido constituído idade, sexo, ano de escolaridade, ocupação/profissão, estado civil, paternidade, fé em Deus (ver anexo 4).

Escala da Resiliência

A escala indicadora de resiliência utilizada foi a The Resilience Scale, desenvolvida por Wagnild e Young (1993), na sua versão e adaptação à população adulta portuguesa (ver anexo 5) por Cláudia Carvalho e Isabel Pereira no ano de 2012 (Carvalho, 2012). É um instrumento utilizado para medir a resiliência, avaliada por níveis de adaptação psicossocial positiva face a eventos de vida importantes (Pesce et al., 2005).

Em psicologia, peculiarmente serve para avaliar a capacidade de se enfrentar positivamente acontecimentos adversos. Procura medir níveis de adaptação psicossocial positiva em situações e eventos de vida adversos através de 23 itens descritos de forma positiva com respostas tipo Likert, numa escala ordinal desde 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os valores totais são obtidos por somatório dos valores das respostas obtidas e podem variar entre 23 a 161, em que valores altos equivalem a elevada resiliência. Esta escala permite identificar o grau de resiliência individual enquanto característica positiva da personalidade e promotora da adaptação. Tem uma validação psicométrica ($n=365$), salientada por um alfa de cronbach de 0,86 para 23 itens, agrupados em quatro fatores: Perseverança, sentido de vida, serenidade e autossuficiência. O valor achado do alfa, sugere uma “boa consistência interna, fiabilidade estável e homogeneidade. Valor de alfa está próximo do valor obtido na escala original, com um alfa de 0,91. Estando também acima do valor apresentado na adaptação da escala aferida para adolescentes portugueses, que apresentou um alfa de 0,82” (Carvalho, 2012).

Assim, os fatores descritos na adaptação da escala à população adulta portuguesa (por Cláudia Alexandra Carvalho e Isabel Pereira), que avaliam o grau da resiliência são:

“Fator I – Perseverança – que remete para a entusiástica persistência em encontrar soluções para os problemas, vencendo adversidades. É a vontade de continuar a reconstruir a vida confiando em si mesmo e numa atitude de autodisciplina (Itens da escala final 7, 12, 15, 16, 17, 21, 22). Fator II – Sentido de vida – que remete para a consciência de que se tem algo significativo para que viver. Remete para a noção de que a vida tem um sentido (uma razão) na qual o indivíduo se foca evitando ficar obcecado com questões que não pode resolver. Envolve determinação e satisfação pelo alcance de objetivos definidos (Itens da escala final 3, 5, 8, 13, 14, 19). Fator III – Serenidade – que remete para uma perspetiva equilibrada e focada nos propósitos da própria vida, com capacidade para aceitar a variedade de experiências (mesmo adversas) de forma serena e entusiástica e com capacidade de exercer a autoestima (Itens da escala final 6, 9, 10, 11, 20). Fator IV – Autossuficiência e autoconfiança – que é o sentido de unicidade, é a consciência de que o percurso de vida de cada pessoa é único e que certas etapas são enfrentadas não em grupo mas em solidão, conseguindo a pessoa estar por conta própria e sendo capaz de depender essencialmente de si. Igualmente remete para crença no próprio, nas suas capacidades e o interesse pela própria vida, reconhecendo as próprias limitações e sendo capaz de depender de si mesmo (Itens da escala final 1, 2, 4, 18, 23).” (Carvalho, 2012 p.425-426)

Instrumento da Qualidade de Vida

O instrumento utilizado para medir o bem-estar subjetivo, foi O WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998 versão Portuguesa: Canavarro et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006), é um Instrumento reduzido do WHOQOL-100, que visa a avaliação da qualidade de vida (QdV) desenvolvido originalmente em 1994 pelo World Health Organization Quality of Life (Vaz Serra et al., 2006).

É um instrumento (ver anexo 6) de 5 pontos tipo Likert, composta por 26 itens. É, também, como versão abreviada do original, conveniente para grandes estudos ou ensaios clínicos. Está disponível em 19 línguas podendo ser obtido através do the WHOQOL Group, Programa de saúde mental da (OMS); CH-1211 Genebra 27, Suíça. Abrange quatro domínios fundamentais; Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Nesta escala constam 26 questões; duas gerais (qualidade de vida em geral e percepção geral de saúde) e vinte e quatro representam facetas (cada uma corresponde a uma faceta). O primeiro item avalia qualidade de vida (1.Muito má; 2. Má; 3. Nem boa nem má; 4. Boa e 5. Muito boa). O segundo item avalia a percepção de saúde: “até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde” (1. Muito insatisfeito; 2 insatisfeito; 3. Nem satisfeito; 4. Satisfeito e 5. Muito satisfeito). Dos itens 3 ao 9 foi perguntado “até que

ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas” (1. Nada; 2. Pouco; 3. Nem muito nem pouco; 4. Muito e 5. MUITÍSSIMO). Dos itens 10 ao 14 foi perguntado “até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas” (1. Nada; 2. Pouco; 3. Moderadamente; 4. Bastante e 5. Completamente). O item 15 foi perguntado “como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para movimentar e deslocar por si próprio)” (1. Muito má; 2. Má; 3. Nem boa nem má; 4. Boa e 5. Muito boa). Dos itens 16 ao 25 destina-se a avaliar “se sentiu bem ou satisfeito (a) em relação a vários aspetos da sua vida nas últimas duas semanas” (1. Muito insatisfeito; 2. insatisfeito; 3. Nem satisfeito; 4. Satisfeito e 5. Muito satisfeito). Por último o item 26 refere-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas” (1. Nunca; 2. Poucas vezes; 3. Algumas vezes; 4. Frequentemente e 5. Sempre).

A nível da amplitude, os valores variam de 100 a 500, em que o valor mais baixo corresponde a uma boa qualidade de vida e o valor mais elevado a uma má qualidade de vida. Relativamente às qualidades psicométricas, apresentam um alfa de Cronbach para as facetas de 0,82, para os domínios de 0,82, para os domínios com facetas de 0,88 e para as 100 questões de 0,93, atestando a boa consistência interna do instrumento. Quanto à validade observa-se que, com exceção do domínio 6, todos os domínios aparecem num modelo linear explicando 60,5 da variância.

Escala da Espiritualidade

Finalmente, para avaliar a espiritualidade a escala usada foi a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde – na sua adaptação à população portuguesa, trabalho realizado por Cândida Pinto e José Luís Pais Ribeiro em 2007. É uma escala de relevância nos contextos de saúde relacionada com a preocupação crescente em compreender o homem na sua globalidade (ver anexo 7). A escala Obteve boas capacidades psicométricas (Pinto, 2007). As propriedades métricas desta escala apresentam valores de validade e fidelidade adequados, cobrindo duas dimensões: crenças (com alfa de Cronbach de 0,92) e de esperança/otimismo (com alfa de Cronbach de 0,69). A constância interna para a escala global apresenta um alfa de Cronbach de 0,74. As respostas são dadas numa escala de Likert com quatro alternativas (de “1” a “4”), entre “não concordo” a “plenamente de acordo”. Útil para a sociedade portuguesa ao abranger a dimensão vertical, espiritual e transcendental judaico/cristã, bem como a horizontal, existencialista que engloba a atribuição do sentido, da esperança e

significado da vida decorrente da relação com o “Eu”, os “Outros” e o “Meio”. “O 1º fator integra os itens que traduzem a valorização das crenças espirituais/religiosas na atribuição de sentido à vida (itens 1 e 2). O fator 2 integra itens que correspondem a um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança (item 3), e numa redefinição de valores de vida (itens 4 e 5). Os fatores foram denominados do seguinte modo: o primeiro fator “crenças”; o segundo “esperança/otimismo”.

Trata-se de um instrumento autoaplicável, que contém cinco itens, cujas respostas são obtidas em uma escala do tipo Likert com quatro alternativas assim o ponto médio é de 2,5. Valores inferiores a esse ponto de corte correspondem a escores baixos e valores superiores a escores elevados (Pinto, 2007, p.50).

5. 3 Procedimento

O investigador, após ter autorização das instituições onde se propôs fazer a recolha (Desafio Jovem de Fanhões; Reto de Loures – Associação RETO à Esperança; Farol - Associação de Tratamento das Toxicodependências (I.P.S.S.) de Sintra), nos dias acordados deslucou-se até elas para proceder à apresentação do inquérito a ser realizado nessas instituições. Explicando em sala de conferências aos utentes, o propósito do inquérito e do consentimento aprovado. O investigador após ter clarificado a razão do seu trabalho e esclarecido as dúvidas, passou à distribuição dos inquéritos e das canetas para o seu respetivo preenchimento. Estando presente enquanto o inquérito era preenchido, e, esclarecendo alguma dúvida surgida.

CAPITULO 6 – RESULTADOS

6.1 Apresentação das dimensões em estudo

Com o objetivo de verificar se as dimensões em estudo seguiam a distribuição normal, foi utilizado o teste de Kolmogorov-Sminorv, com os seguintes resultados obtidos (Tabela 3):

Tabela 3. Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov	p
Qualidade de Vida		
Faceta Geral da Qualidade de Vida	2.023	.001***
Domínio Físico	1.045	.225
Domínio Psicológico	1.291	.071
Domínio das Relações Sociais	.949	.328
Domínio Ambiente	1.138	.150
Resiliência		
Perseverança	1.273	.078
Sentido de Vida	.847	.470
Serenidade	1.083	.191
Auto-suficiência e Autoconfiança	.718	.681
Espiritualidade		
Crenças	1.054	.217
Esperança e Optimismo	2.242	.000***

A maioria das dimensões em estudo cumprem o critério da normalidade ($p > .05$), pelo que se optou pela utilização de testes paramétricos.

Para se compreender se existiam diferenças estatisticamente significativas entre géneros, para as dimensões WHOQOL, ER e EE, nomeadamente para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Optimismo” foi utilizado o teste T-Student (Tabela 4).

Tabela 4. Diferenças entre Géneros (Dimensões WHOQOL, ER e EE)

Tabela 4 - Diferenças entre Gêneros (Diferenças WHOQOL, ERCELL)						
	Gênero				t	Sig.
	Sexo Masculino		Sexo Feminino			
	(N =69)		(N=13)			
	M	DP	M	DP		
Qualidade de Vida						
Faceta Geral da Qualidade de Vida	7.57	1.45	6.92	1.55	1.474	.14
Domínio Físico	23.46	4.22	23.83	3.85	-.283	.77
Domínio Psicológico	22.44	3.89	21.33	3.52	.918	.36
Domínio das Relações Sociais	9.90	2.16	10.38	1.50	-.759	.45
Domínio Ambiente	28.46	4.02	28.30	2.98	.137	.89
Resiliência						
Perseverança	36.65	6.42	34.66	7.03	.965	.33
Sentido de Vida	20.78	3.15	19.23	2.77	1.644	.10
Serenidade	25.90	5.83	22.45	5.93	1.799	.07
Auto-suficiência e autoconfiança	23.65	5.26	21.83	4.30	1.121	.26
Espiritualidade						
Crenças	8.61	2.69	8.61	2.84	.000	1.00
Esperança e Optimismo	10.42	1.93	9.38	2.18	1.738	.08

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo”.

Para se compreender se existiam diferenças estatisticamente significativas entre géneros, para as dimensões demográficas, nomeadamente para as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Número de Filhos”, “Anos de Consumo” foi utilizado o teste T-Student (Tabela 5).

Tabela 5. Diferenças entre Géneros (Dimensões demográficas)

Tabela 07: Diferenças entre Gêneros (Diferenças demográficas)						
	Gênero				t	Sig.
	Sexo Masculino (N =69)		Sexo Feminino (N=13)			
	M	DP	M	DP		
Idade	38.60	10.04	35.08	11.16	1.144	.25
Escolaridade	8.70	3.20	10.92	3.25	-2.285*	.02
Número de Filhos	.66	.880	1.00	1.08	-1.240	.21
Anos de Consumo	17.46	9.99	12.46	9.35	1.662	.10

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros para a “Escolaridade” ($T = -2.285$; $p = .02$). Os resultados mostram que as mulheres apresentam maior nível de escolaridade em relação aos homens dentro da população toxicodependente.

Para se verificar se havia diferenças significativas relativamente às substâncias mais consumidas e às dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), nomeadamente para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo” foi utilizada a Anova para verificar a diferença de médias (Tabela 6).

Tabela 6. Diferenças de médias nas Dimensões WHOQOL, ER e EE, em relação às Substâncias mais Consumidas.

	Tab		Hax		Alc		Her		Coc		Anf		Ecs		Out		Vár		F	Sig
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
Q. de Vida																				
F.G..Q.V.	9.0		8.0	1.0	7.5	1.4	7.4	1.6	6.6	1.4	9.0		9.0		7.6	.55	7.5	.70	10.10	.43
	0		0	0	7	2	5	0	6	4	0		0		6	7	0	7		
Do. Fís.	26.		26.	.57	24.	2.8	23.	4.8	21.	3.7	29.		29.		22.	.57	24.		1.204	.31
	00		33		05	3	30	1	50	7	00		00		66		00			
Do. R. S.	15.		9.0	1.0	9.9	1.9	2.9	2.0	9.0	2.0	13.		11.		10.	2.0	11.	1.4	1.627	.13
	00		0	0	4	2	0	3	7	1	00		00		0	0	0	1		
Do. Amb.			30.	3.2	28.	3.4	27.	4.3	26.	3.3	31.		32.		28.	1.5	30.		.816	.57
			33	1	89	4	96.	4	69	5	00		00		33	2	00			
Resili.																				
Persev.	40.		31.	4.0	37.	6.7	36.	5.8	33.	7.7	40.		39.		35.	6.0	40.	12.	8.57	.55
	00		00	0	63	9	03	8	25	0	00		00		00	8	50	02		
S. de Vida			20.	3.0	22.	2.5	20.	3.4	19.	2.8	23.		20.		18.	2.3	23.	4.2	1.632	.14
			66	5	00	2	00	3	00	5	00		00		66	0	00	4		
Serenidade	28.		23.	8.6	26.	5.9	26.	5.7	21.	5.7	28.		27.		20.	3.5	30.	6.3	1.251	.28
			33	2	17	2	00	5	50	4	00		00		66	1	50	6		
Auto-Sufi.	25.		16.	.00	23.	5.3	23.	4.8	21.	4.4	25.		26.		22.	9.1	29.	8.4	1.091	.38
	00		00		38	7	53	9	36	1	00		00		50	9	00	8		
Espiri.																				
Crenças	7.0		6.0	1.7	8.5	2.7	8.4	2.9	8.6	2.3	8.0		8.0		9.3	2.0	11.	4.2	.610	.76
	0		0	3	5	2	5	3	4	0	0		0		3	8	00	4		
Esp/Opti.	6.0		10.	2.3	10.	1.6	10.	1.8	9.2	2.5	12.		12.		10.	2.3	11.	.70	1.324	.24
	0		66	0	42	7	29	2	8	8	00		00		66	0	50	7		

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas médias relativamente às substâncias mais consumidas para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo”.

Para se verificar se havia diferenças significativas entre ter filhos ou não ter filhos nas Dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), nomeadamente para as

variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo” foi utilizado o teste T-Student (Tabela 7).

Tabela 7. Diferenças entre ter filhos nas Dimensões WHOQOL, ER e EE

	Filhos				t	Sig.
	Sim		Não			
	(N =67)		(N=13)			
	(homens)		(mulheres)			
	M	DP	M	DP		
Qualidade de Vida						
Faceta Geral da Qualidade de Vida	7.28	1.25	7.57	1.66	-.848	.39
Domínio Físico	22.75	3.91	23.92	4.17		
Domínio Psicológico	22.60	3.59	21.82	3.99		
Domínio das Relações Sociais	9.91	1.94	10.19	2.12	-.787	.43
Domínio Ambiente	27.80	3.70	29.07	4.01	-1.421	.16
Resiliência						
Perseverança	36.51	7.57	36.02	5.49	.314	.75
Sentido de Vida	21.11	3.00	20.00	3.23	1.547	.12
Serenidade	25.97	5.90	24.72	6.04	.874	.38
Autossuficiência e autoconfiança	23.22	5.24	23.74	5.08	.867	.67
Espiritualidade						
Crenças	8.38	2.82	8.97	2.55	.915	.34
Esperança e Otimismo	10.67	1.79	9.97	2.10	.204*	.04

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros para a “Esperança e Otimismo” ($T = .204$; $p = .04$). Os resultados mostram que os homens apresentam maior nível de Esperança e Otimismo do que as mulheres. Observa-se também, que as mulheres inqueridas não têm filhos, e que todos os homens inquiridos têm filhos.

Para se verificar se havia diferenças significativas entre ter Companheiro(a) nas Dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), nomeadamente para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo” foi utilizado o teste T-Student (Tabela 8).

Tabela 8. Diferenças entre ter Companheiro(a) nas Dimensões WHOQOL, ER e EE

	Companheiro(a)				t	Sig.
	Sim		Não			
	(N =12)		(N=57+13)			
	(homens)		(homens/mulheres)			
	M	DP	M	DP		
Qualidade de Vida						
Faceta Geral da Qualidade de Vida	6.50	1.62	7.64	1.40	.370**	.01
Domínio Físico	20.75	5.09	24.01	3.80	-2.142*	.05
Domínio Psicológico	21.50	3.89	22.41	3.89	-.753	.45
Domínio das Relações Sociais	10.00	2.12	9.98	2.07	.020	.98
Domínio Ambiente	29.00	4.92	28.80	3.65	-2.203*	.03
Resiliência						
Perseverança	35.58	7.64	36.47	6.34	-.431	.66
Sentido de Vida	19.66	2.46	20.67	3.23	-1.026	.30
Serenidade	24.00	6.52	25.62	5.85	-.832	.40
Autoconfiança	23.70	5.69	23.29	5.08	.233	.81
Espiritualidade						
Crenças	8.54	2.94	8.62	2.67	-.092	.92
Esperança e Optimismo	10.25	2.30	10.25	1.95	-.006	.99

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre ter companheiro(a) ou não ter para a “Faceta Geral da Qualidade de Vida” ($T = .370$; $p = .01$). Os resultados mostram que os sujeitos sem companheiro(a), apresentam uma maior qualidade de vida do que os que têm companheiro(a). Também foram encontradas diferenças no “Domínio Físico” ($T = -2.142$; $p = .05$). Os resultados mostram que os sujeitos sem companheiro(a), apresentam uma maior domínio físico do que os têm companheiro(a). E ainda foram encontradas diferenças significativas no “Domínio Ambiente” ($T = -2.203$; $p = .03$). Os resultados mostram um maior nível de domínio por parte dos sujeitos que têm companheiro(a).

É de salientar-se, que dentro dos inquiridos nenhuma mulher afirmou ter companheiro, em contra partida com o elevado número de homens que afirmou ter companheira. O que faz com que os sujeitos com maior domínio, sejam os homens que têm companheira.

Para se verificar se havia diferenças significativas entre ter Fé ou não, nas Dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), nomeadamente para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, Esperança e Otimismo” foi utilizado o teste T-Student (Tabela 9).

Tabela 9. Diferenças entre ter Fé nas Dimensões WHOQOL, ER e EE

Fé						
	Sim (N =69+9) (homens/mulheres)		Não (N=4) (mulheres)		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Qualidade de Vida						
Faceta Geral da Qualidade de Vida	7.52	1.46	6.50	1.73	1.355	.17
Domínio Físico	23.50	4.20	24.00	2.64	-.204	.83
Domínio Psicológico	22.26	3.93	22.25	1.50	.009	.99
Domínio das Relações Sociais	9.97	2.11	10.25	.95	-.260	.79
Domínio Ambiente	28.49	3.89	27.50	3.31	.500	.61
Resiliência						
Perseverança	36.52	6.60	33.00	4.24	1.050	.29
Sentido de Vida	20.60	3.12	19.00	3.46	.995	.32
Serenidade	25.64	5.88	20.75	5.73	1.620	.11
Autossuficiência e autoconfiança	23.49	5.14	20.00	4.00	1.157	.25
Espiritualidade						
Crenças	8.60	2.73	8.75	2.21	-.102	.91
Esperança e Optimismo	10.30	2.01	9.25	1.25	1.032	.30

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os ter Fé ou não ter para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, Esperança e Otimismo”.

É de salientar-se que, a pequena percentagem que afirmou não ter fé, circunscrevesse ao género feminino.

Para estudar as relações entre a resiliência, a qualidade de vida e a espiritualidade foi utilizado o coeficiente de Pearson (Tabela 10).

Tabela 10. Correlação entre Idade, Escolaridade e Anos de Consumo

	Idade	Escolaridade	Crenças	Físico	Psicológico
Idade				-.224*	
Anos de Consumo	.640**	.231*		-.284**	
Físico	-.224*				.581
Escolaridade					-.239*
Qualidade de Vida					.460**
Esperança/Otimismo		-.363**		.444**	.708**
Psicológico		-.239*		.581**	
Perseverança			.276*		.498**
Sentido para a Vida					.757**
Serenidade					.520**
Autossuficiência			.799**		
Autoconfiança					

* $P \leq .05$; ** $P \leq .001$;

A “Idade” correlacionou-se de forma positiva, moderada a forte e estatisticamente significativa com a dimensão “Anos de Consumo”, com valores de correlação de $r = .64$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é a “Idade”, mais são os “Anos de Consumo”. Correlacionou-se também de forma negativa, fraca e estatisticamente significativa com a dimensão “Domínio Físico”, com valores de correlação de $r = -.22$; $p = .04$. Os resultados mostram que quanto maior é a “Idade”, menos domínio físico existe.

A “Escolaridade” correlacionou-se de forma positiva, fraca e estatisticamente significativa com a dimensão “Anos de Consumo”, com valores de correlação de $r = .23$; $p = .04$. Os resultados mostram que quanto maior é a “Escolaridade”, maior são os anos de consumo. Correlacionou-se também de forma negativa, fraca para o moderado com a dimensão “Esperança/Otimismo”, com valores de correlação de $r = .36$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é a “Escolaridade”, menor é a “Esperança/Otimismo”.

Correlacionou-se ainda de forma negativa, fraca e estatisticamente significativa com a dimensão do “Domínio Psicológico”, com valores de correlação de $r = .23$; $p = .04$. Os resultados mostram que quanto maior é a “Escolaridade”, menor é o “Domínio Psicológico”,

As “Crenças” correlacionaram-se de forma positiva, fraca e estatisticamente significativas com a dimensão “Perseverança”, com valores de correlação de $r = .27$; $p =$

.02. Os resultados mostram que quanto maior são as “Crenças”, maior é a “Perseverança”. Correlacionou-se também de forma positiva, forte com a dimensão “Autossuficiente/Autoconfiança”, com valores de correlação de $r = .79$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior são as “Crenças”, maior é a “Autossuficiente/Autoconfiança”.

O “Domínio Físico” correlacionou-se de forma negativa, fraca estatisticamente significativa com a dimensão “Anos de Consumo”, com valores de correlação de $r = -.28$; $p = .01$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Físico”, menor são “Os anos de Consumo”. Correlacionou-se também de forma positiva, moderada estatisticamente significativa com a dimensão “Esperança/Otimismo”, com valores de correlação de $r = .44$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Físico”, maior é a “Esperança/Otimismo”. Correlacionou-se ainda de forma positiva, moderada estatisticamente significativa com a dimensão “Domínio Psicológico”, com valores de correlação de $r = .58$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Físico”, maior é o “Domínio Psicológico”.

O “Domínio Psicológico” Correlacionou-se de forma positiva, moderada estatisticamente significativa com a dimensão “Qualidade de Vida”, com valores de correlação de $r = .46$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é a “Qualidade de Vida”. Correlacionou-se também de forma positiva, forte estatisticamente significativa com a dimensão “Esperança/Otimismo”, com valores de correlação de $r = .70$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é a “Esperança/Otimismo”. Correlacionou-se também de forma positiva, moderada estatisticamente significativa com a dimensão “Perseverança”, com valores de correlação de $r = .49$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é a “Perseverança”. Correlacionou-se ainda de forma positiva, forte estatisticamente significativa com a dimensão “Sentido para a Vida”, com valores de correlação de $r = .75$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é o “Sentido para a Vida”. Correlacionou-se por fim de forma positiva, moderada estatisticamente significativa com a dimensão “Serenidade”, com valores de correlação de $r = .52$; $p = .00$. Os resultados mostram que quanto maior é o “Domínio Psicológico”, maior é a “Serenidade”.

Para se verificar se havia diferenças significativas entre indivíduos recuperados e em recuperação, nas Dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), nomeadamente para as variáveis “faceta Geral da Qualidade de Vida”, “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, “Domínio das Relações Sociais”, “Domínio Ambiente”, “Perseverança”, “Sentido de Vida”, “Serenidade”, “Autossuficiência e Autoconfiança”, “Crenças”, “Esperança e Otimismo” foi utilizado o teste T-Student, que procurou ser elucidativo sobre este fenómeno de interesse geral, que visa até que ponto existe esperança, alternativas de vida para esta população (Tabela 11).

Tabela 11. Diferenças entre recuperados e em recuperação nas Dimensões WHOQOL, ER e EE

	Recuperação				t	Sig.
	Recuperado (N =23) (Masculino)		Em Recuperação (N=46+13) (Masc/Feminino)			
	M	DP	M	DP		
Qualidade de Vida						
Faceta Geral da Qualidade de Vida	7.82	1.26	7.33	1.54	1.342	.18
Domínio Físico	23.73	3.33	23.42	4.46	.301	.76
Domínio Psicológico	23.43	3.20	21.75	4.00	1.778	.08
Domínio das Relações Sociais	10.19	2.52	9.90	1.88	.528	.59
Domínio Ambiente	30.04	3.95	27.80	3.64	2.382	.02
Resiliência						
Perseverança	36.61	6.51	36.21	6.58	.240	.81
Sentido de Vida	22.13	2.47	19.87	3.15	3.010	.00
Serenidade	26.86	4.47	24.72	6.41	1.420	.16
Autossuficiência e autoconfiança	23.95	4.34	23.11	5.42	.615	.54
Espiritualidade						
Crenças	8.86	2.39	8.51	2.82	.507	.61
Esperança e Optimismo	10.68	1.88	10.08	2.02	1.189	.23

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre recuperados e em recuperação para o “Domínio Ambiente” ($T = 2.382$; $p = .02$). Os resultados mostram que os “homens recuperados” apresentam maior nível de “Domínio Ambiente”, em relação aos “homens e mulheres em recuperação” dentro da população toxicodependente. Também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre recuperados e em recuperação para o “Sentido de Vida” ($T = 3.010$; $p = .00$). Os resultados mostram que os “homens recuperados” apresentam maior nível de “Sentido de Vida”, em relação aos “homens e mulheres em recuperação” dentro da população toxicodependente.

6.2 Discussão

Após a análise dos dados apresentados, colhidos pela escala WHOQOL-Bref, pela Escala de Resiliência, e pela Escala de Espiritualidade, procedemos à interpretação dos dados em questão, encarando o objetivo deste estudo analisar a relação entre a resiliência, a qualidade de vida e a espiritualidade na população toxicodependente adulta. Os resultados mostram-nos que:

As mulheres apresentam um maior grau de escolaridade do que os homens, dentro da população toxicodependente. Mas como se verifica, um maior grau de escolaridade, não parece ser um preditor de menos consumo (maior resiliência), pelo contrário. O que vem corroborar a pesquisa de Cândido da Agra (2008) sobre o tipo de “toxicodependentes delinquentes”, ligeiramente diferentes dos delinquentes / toxicodependentes ou especialistas droga-crime. Os “toxicodependentes delinquentes” estão de acordo com a nossa investigação, pois:

“Possuem uma forte vinculação à família de origem onde, em regra, pertencem até à constituição dos seus próprios agregados familiares. O seu percurso escolar prolonga-se, no geral, até aos 15/16 anos e cerca de metade frequenta o 2.º e/ou 3.º ciclo com sucesso e, alguns chegam a concluir o secundário. Revelam comportamentos de inadaptação ao contexto escolar que se manifestam logo na fase inicial ou no período, imediatamente, anterior ao abandono escolar. O seu percurso laboral inicia-se logo após o abandono da escola com atividades não qualificadas dos serviços e comércio e, na indústria hoteleira. Exercem estas atividades com regularidade até cerca dos 20 anos. Os primeiros contactos com drogas leves ocorrem, maioritariamente, entre os 14 e os 16 anos e o consumo de drogas duras, preferencialmente, antes dos 19 anos. Os delitos (roubo/furto ou tráfico) emergem, posteriormente, ao consumo de drogas duras e são justificados pela necessidade da manutenção do consumo.” (Agra, 1998 p.49-50)

Verifica-se que a espiritualidade é maior em termos de “Esperança e Otimismo” nos homens pelo facto de terem filhos em relação às mulheres, dentro da população toxicodependente. Ou seja, os homens com filhos no exercício da sua espiritualidade têm mais esperança e otimismo do que as mulheres. Virtude (poder), que deve ser fator de intervenção para a promoção de uma parentalidade saudável, procurando-se assim dar apoio aos pais toxicodependentes para o desenvolvimento de uma parentalidade saudável, apoio na relação pai/mãe-filho e, por outro, apoio direto aos filhos (Muchata, 2010). Sanchez & Nappo (2008) dizem que as pessoas que se beneficiam do tratamento

com caris religioso (e duradouro), são na maioria as que manifestam sintomas negativos da retirada da droga e têm dificuldade de superar o desejo persistente de voltar a consumir, mas quando instigados pelos filhos, isso as ajuda a valerem-se da sua espiritualidade levando-as à recuperação. Eis um exemplo de caso curioso apresentado pelos autores citados:

“Meu filho me viu caído no chão, bêbado até ao topo. No dia seguinte chorou muito e me pediu ‘Pai, não morra, você morreu ontem, não morra de novo! Fala que você vai parar de beber que nem a mãe te pediu.’ Eu vi que não tinha jeito, tinha que sair daquilo.” (Sanchez & Nappo, 2008, p. 268)

Verificou-se que, a qualidade de vida é maior em termos da “Faceta Geral da Qualidade de Vida”, nos sujeitos sem companheiro(a). Ou seja os indivíduos sozinhos apresentam uma maior qualidade de vida. Também se verificou que, a qualidade de vida é maior em termos de “Domínio Físico” nos sujeitos sem companheiro(a). Ou seja os indivíduos sozinhos apresentam um maior domínio físico do que os que têm companheiro(a). Ainda se verificou, que a qualidade de vida é maior em termos do “Domínio Ambiente” nos sujeitos com companheiro(a). Ou seja os sujeitos com companheiro(a) apresentam um maior domínio ambiente do que os que têm companheiro(a). É de salientar-se que, dos inquiridos nenhuma mulher afirmou ter companheiro, em contrapartida com o elevado número de homens que afirmou ter companheira. Parecendo, ser indicador de maior domínio ambiente o facto de se ter companheiro(a), e ser indicador de menor domínio físico e faceta geral da qualidade de vida o facto de não se ter companheiro(a). O que parece indicar que a sobrevivência destes indivíduos, principalmente das mulheres, é de uma senda de vida solitária e egoísta. O que segundo Agra, é o estilo dos delinquentes toxicodependentes:

“Os indivíduos que constituem este grupo possuem desde cedo uma frágil vinculação social. Possuem um alargado agregado familiar, cujo inter-relacionamento é perturbado por problemas de ordem relacional e pela elevada ocorrência de alterações estruturais. A rutura com estes agregados familiares ocorre, maioritariamente, antes dos 16 anos. Estas ruturas devem-se, quer ao abandono voluntário da família, quer ao internamento em instituições de menores. A constituição de agregados familiares autónomos ocorre, preferencialmente, após os primeiros contactos com as instâncias formais de controlo. Estes agregados são instáveis e pouco duradouros. Porém, é de salientar que a maioria não chega a constituir família.” (Agra, 1998, p.47-48)

Nas correlações observadas entre a resiliência, a qualidade de vida e a espiritualidade e os resultados mostram-nos que:

Quanto mais idade os sujeitos têm, maior são os anos de consumo. Ou seja que a grande maioria começou a consumir muito cedo, e que uma vez iniciado o consumo, a tendência é de se prolongar ao longo dos restantes anos de vida dos consumidores. E que quando mais idade os sujeitos têm, menos domínio físico também têm (menos qualidade de vida). O que faz sentido, pelas várias evidências que existem das drogas de uso convergirem a um circuito comum no sistema límbico cerebral, o qual é responsável pelas emoções (Fontoura, 2008). Surgindo então, os sistemas dopaminérgicos como as principais estruturas de suporte da experiência do prazer (Teixeira, 1998). Sendo as drogas de abuso:

“Substâncias com diversas estruturas químicas e mecanismos de ação. Na administração aguda cada droga se liga a um sítio de ação próprio e desencadeia uma série de comportamentos, sensações e efeitos fisiológicos e (...) essas drogas são todas agudamente recompensadoras (o que leva à repetição do uso) e com uso crónico, alguns efeitos são compartilhados entre elas, como produzir sintomas emocionais negativos na sua suspensão, produzir um longo período de sensibilização e desenvolver uma aprendizagem associativa – droga, pistas ambientais relacionadas à droga. Acredita-se que esses efeitos crónicos são adaptações que contribuem para o craving (desejo, compulsão) pela droga e para as recaídas, mesmo após longos períodos de abstinência.” (Fontoura, p.23. 1998)

Quanto mais escolaridade os sujeitos têm, mais são os anos de consumo. O que deixa subentender que o consumo não é um fator de falta de cultura, mas que, até pode intensificar-se em sujeitos com mais cultura, como visto em Agra (1998). Também se analisou que quanto maior é a escolaridade, menor é a “esperança/otimismo” (menor é a espiritualidade). Podendo a falta de espiritualidade, ser um indicador da vulnerabilidade à adição. Ainda se obteve o resultado, que quando mais escolaridade, menor o domínio psicológico (menor qualidade de vida). O que esclarece, e, é paralelo ao resultado obtido: quanto mais escolaridade mais anos de consumo. Então, vislumbra-se que num grupo mais culto intelectualmente falando, exista a tendência para haver menos domínio psicológico e menos espiritualidade dentro desta população alvo. O que vem de encontro ao referenciado no site Ciência & Fé (2010), em o ensino escolar, estar influenciado pelo ateísmo através de cosmovisões semelhantes à de Richard Dawkins. Sendo que, “o ateísmo é mais forte naqueles que têm apenas o ensino médio completo

do que naqueles com um nível superior completo” (citado no site Ciência & Fé, 2010). Para além da fé, o domínio psicológico, parece também enfraquecido à luz de uma maior escolaridade, o que nos remete para a importância do progresso da abordagem ao toxicodependente, não mais dum ponto de vista de ser um doente, mas de se encarar o toxicodependente, também como agente psicossocial auto responsável (Sommer, 2004). O fator de mais escolaridade aparece ligado a uma maior desresponsabilização psicológica, de preconceitos pelo desejo e idealização dos jovens em se tornarem adultos (Bucher, 1992). Sendo uma parte essencial a ser trabalhada na recuperação do toxicodependente. Ora Cury (2000), diz-nos que com o passar do tempo o grande problema não é a droga como substância química, sim a lembrança da imagem dela tecida nos bastidores da mente dos indivíduos. Esta imagem é que cria a dependência psicológica, imagem que não se pode apagar da memória, mas sendo possível reescrever o passado (filosoficamente dizendo), por um presente sem drogas.

Quanto mais são as crenças, maior é a dimensão perseverança (maior é a resiliência). E também maior é Autossuficiente/Autoconfiança (maior é a resiliência). O que deixa claro a importância da fé na recuperação dos toxicodependentes, ainda que não se tenha encontrado diferenças estatisticamente significativas para a variável “Ter ou não Ter Fé”, pelo facto que na sua quase esmagadora maioria, todos os inqueridos terem-se assumido como indivíduos que exercem fé. Contudo, estes resultados parecem indicadores da importância da fé como uma componente de resiliência, quando os toxicodependentes se agarram à fé. Passam a ser mais resilientes, ou seja perseverantes, autossuficientes e autoconfiantes. Pelo que, a fé torna-se dentro da população que procura deixar o consumo, uma alavanca importante de resiliência para o abandono da dependência física e psicológica que levou à perda de autodeterminação da conduta desta população, deixando-a sem um plano existência convencional, relegada a um plano de vida reificado (Da Agra, 1998). Então, sendo necessário o despertar da esperança e da vontade pela fé no toxicodependente, como diz Cury (2000): para reescrever o passado à luz dum novo presente. Podemos obviamente, colocar a questão: então, se têm fé, porque se tornaram viciados? Partindo-se da premissa que a fé é reguladora de comportamentos nocivos... mas, o facto é que, a investigação presente não procurou saber se os indivíduos tinham ou não fé aquando começaram a consumir, sim, propôs-se saber se a fé/espiritualidade/religiosidade na vida presente dos indivíduos em recuperação, é ou não importante para a sua resiliência. Observou-se que

de alguma maneira, praticamente todos, afirmaram essa importância da fé no processo da sua recuperação. Pelo que é oportuno, transcrever a opinião de Cury (2000), independentemente se o investigador, ou os leitores desta dissertação, se pautam ou não por uma espiritualidade:

“O tratamento psicológico é importante, mas existe algo que a Psiquiatria e a Psicologia não conseguem fazer, que é resgatar o sentido da vida dos dependentes. Eles precisam da Ciência, mas também precisam de Deus, de crer e respeitar a vida e de amar o seu Criador. A vida é um espetáculo tão grande que a Ciência não consegue descrevê-la.” (Cury, 2000, p.41)

Dos muitos estudos feitos nesta área da importância da espiritualidade, tiram-se indícios fortes do valor desta dimensão, na resiliência e na saúde mental e física (Saad, M. e cols., 2001). É interessante notar-se que a lista apresentada por Saad (2001) de dezenas de enunciados de estudos já realizados, demonstra que a espiritualidade tem uma influência que abrange os mais diversificados campos da intervenção na área da saúde. Fazendo a distinção entre religiosidade (adesão a dogmas e doutrinas), e a compreensão da espiritualidade (despida de religiosidade) como o significado e propósito da vida, e com a conceção de que há mais na vida, independentemente das diferenças de óticas mais ou menos religiosas ou até ateístas, o exercício das crenças pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa. Galinha (2008), alude a maturidade religiosa como promotora de níveis superiores de Satisfação com a Vida, e limitadora dos efeitos perturbadores da depressão.

Quanto maior é o domínio físico, menor são os anos de consumo, ou inversamente quanto maior são os anos de consumo, menor é o domínio físico (menor qualidade de vida). Também que quanto maior é o domínio físico, maior é a esperança/otimismo” (maior é a espiritualidade). Ainda que quanto maior é o domínio físico, maior é o domínio psicológico (maior qualidade de vida). É importante os indicadores dum maior domínio físico, mostrarem menor consumo e maior domínio psicológico. Dados importantes para se compreender, que quanto mais rápido se conseguir ajudar o toxicodependente a abandonar o consumo, mais robustez física e psicológica este dispõe para a sua recuperação. Podendo também valer-se muito mais energeticamente de esperança/otimismo (espiritualidade) para a sua reabilitação. Pelo que a prevenção feita de forma eficaz é de suma importância, para que os indivíduos não

entrem no mundo das drogas, ou desse mundo saiam o mais depressa possível. Uma ação preventiva neste âmbito deve ter uma abrangência sistémica: indivíduo, família, comunidade, escola entre outras esferas de ação. Apesar que a intervenção, não é uma proibição, mas uma compreensão e alerta dos motivos que desencadeiam e levam à descoberta dos limites. É necessária, aquando a comunidade não consegue “criar os contextos necessários ao crescimento dos seus elementos, independentemente de raças, credos, culturas, idades, estatutos ou sexo” (Melo, 2002). Cury (2000), dá grande ênfase a que esta ação ocorra prioritariamente dentro da família.

Quanto é maior o domínio psicológico, maior é a qualidade de vida. Também que quanto maior é o domínio psicológico, maior é a esperança/otimismo (a espiritualidade). Que quanto maior é o domínio psicológico, maior é a perseverança (a resiliência). Ainda que quanto maior é o domínio psicológico, maior é o sentido para a vida (resiliência). Por fim que quanto maior é o domínio psicológico, maior é a “Serenidade” (resiliência). São resultados formidáveis constatar que o componente psicológico humano atinja tamanha importância no bem-estar humano, peculiarmente na população toxicodependente. Ou seja, a capacidade psicológica que estes indivíduos têm essencialmente para ser trabalhada na sua “possível recuperação”. Pois, quanto maior for o domínio psicológico, maior parece ser a sua qualidade de vida, espiritualidade (que lhes outorga esperança/otimismo), resiliência (que lhes outorga perseverança, sentido para a vida, serenidade), ou seja, os recursos necessários para uma Vida Vitoriosa no sentido de largarem o consumo sem constantemente recaírem de novo no consumo. Obviamente que todas as variáveis das dimensões em estudo (WHOQOL, ER e EE), aquando mostraram diferenças estatisticamente significativas, merecem a nossa atenção. Mas sem dúvida, grande atenção recai no domínio psicológico, esperança/otimismo, perseverança, sentido para a vida, serenidade. Onde objetivamos que o bem-estar influencia a espiritualidade e a resiliência, mas por sua vez estas, o bem-estar e a espiritualidade a resiliência e vice-versa.

Mas, detemo-nos particularmente no domínio psicológico como instrumento de elevado interesse para todo o equilíbrio físico e mental do indivíduo. Visto que, quando menor for a dependência psíquica (maior for o domínio psíquico), menos relação estreita o usuário terá com a substância tóxica, por isso maior resiliência poderá exercer. Capacitação necessária visto ainda que:

“Nem todas as drogas causam dependência física, mas todas são capazes de provocar, em diversos graus, dependência psíquica (...) A dependência é caracterizada por uma representação psicológica inconsciente da droga, que canaliza as energias psíquicas para um desejo forte e, às vezes, incontrolável de usá-la.” (Cury, p.95 2000)

Isto acontece segundo Cury (2000), como ocorrência do reforço positivo (o prazer imediato que a droga dá), o reforço psicossocial (a droga como suporte para problemas, tensões e dificuldades), e ainda pelo reforço psicológico negativo (a droga como alívio dos efeitos psicológicos indesejáveis, decorrentes da abstenção). Objetivamos então, que é uma área a ter-se em grande conta na recuperação dos toxicodependentes. A Restruturação Cognitiva (técnica da terapia cognitiva) é necessária “para evidenciar e corrigir os pensamentos e raciocínios irracionais, as interpretações cognitivas que não coincidem com a realidade e que perturbam o comportamento problemático do indivíduo” (Reynaud, 2008, p.121).

Entre recuperados e em recuperação, ainda se verificou diferenças estatisticamente significativas nas Dimensões WHOQOL, ER e EE, e os resultados mostram-nos que:

Os homens recuperados apresentam maior nível de domínio ambiente (qualidade de vida), em relação aos homens e mulheres em recuperação. E que os homens recuperados apresentam maior domínio de sentido de vida (resiliência), em relação aos homens e mulheres em recuperação dentro da população toxicodependente. O que leva a compreender que a aposta da abstinência de tóxicos a longo prazo, permite a estes indivíduos, uma melhor qualidade de vida e uma maior capacidade de resiliência, o que é de suma importância para a sua reinserção social. O que está de acordo como visto, (entre outros) com ótica de Frankel (2002), sobre procurar-se um sentido para a vida, sem ficar esmagado pelas nefastas circunstâncias do passado, em que o ser humano não desiste da vida por ter adquirido um sentido para a vida. A qualidade de vida e de resiliência, de quem se sente recuperado, é notável em contraste com quem ainda não se sente recuperado. A exemplificar esse facto, apresentamos o caso verídico do Rui Fernandes Silva Reis. O qual testemunha da sua própria experiência no site do Desafio Jovem (2013):

“Infelizmente, não dei valor ao que a minha família tentou fazer e com treze anos de idade entrei num mundo de tristeza, solidão e violência. Movido pela curiosidade, pela necessidade de aceitação e de escape devido ao ambiente familiar que vivia, comecei a

experimental drogas e álcool. Nessa altura, não entendia que tentar fugir e não enfrentar a realidade, só trazia mais problemas. As drogas e o álcool dominaram literalmente a minha vida, comandavam a minha forma de pensar, falar e de agir. Ensinaaram-me a mentir, roubar, manipular e, por fim, indicaram-me o caminho da prisão (...) a 10 de outubro 2007, entrei para o programa do Desafio Jovem, na Comunidade de Salvaterra de Magos. Foi a melhor decisão que eu tomei em toda a minha vida! Ali, pude pôr a minha vida interior em ordem; o que é essencial não só para deixar as drogas, mas, para mudar o que me fazia recorrer a elas: baixa autoestima, falta de perdão, etc. (...) Eu pensava que era impossível mudar, mas hoje, confio nas pessoas e em mim. Tenho planos, esperança e tenho sonhos novamente!”

CONCLUSÃO

Perante os resultados obtidos pelos dados em análise, neste estudo podemos aperceber-nos que:

O maior nível de escolaridade, nem sempre é preditor de maior resiliência/bem-estar subjetivo ou de espiritualidade, que trave a adição. Certos que o maior nível de escolaridade possa ser um meio facilitador, de sobrevivência durante o consumo ou de saída do consumo. O fenómeno do consumo surge ligado a uma maior escolaridade, como uma maior desinibição da parte dos jovens com maior grau de escolaridade. Ou seja, o consumo na faixa de estudantes mais crescidos e intelectualmente mais desenvolvidos, passou a estar associado à afirmação de emancipação e alargamento intelectual por parte dos jovens, na descoberta da aventura de novas experiência e prazeres imediatos. O que deixa espaço, para uma maior investigação sobre esta desresponsabilização gratuita da mente humana (de Agra, 1998).

A maior espiritualidade, ligada a toda a esperança e otimismo por parte dos pais em relação aos filhos lhes darem a razão existencial, a resiliência para a mudança é sem dúvida um foco de interesse, dentro do estudo desta problemática. Visto pelo pensamento de Frankl – os filhos serem ainda algo das poucas coisas que lhe dá razão existencial e forças para continuarem a lutar pela vida. Podendo potenciar-lhes a resiliência e leva-los à abstinência das drogas. Contudo, não deixa de ser curioso, esta vinculação ser mais forte nos homens do que nas mulheres, outros estudos poderão esclarecer este ponto.

Sobre não se ter companheiro(a), o estudo demonstrou que existe maior bem-estar subjetivo nos indivíduos que vivem sozinhos, de novo é curioso a demarcação das mulheres, em se apresentarem num nível percentualmente mais elevado do que os homens, nesta variável (nenhuma das inqueridas tinha companheiro). Uma possível leitura é que o mundo da toxicodependência, é um mundo destruturado, sem grandes afetos, em que somente uma coisa conta – consumir e arranjar dinheiro para novo consumo, como já referenciado neste estudo. Contudo uma janela exploratória se abre neste estudo, é que os que têm companheiro(a), têm melhor qualidade de vida. O que corrobora a orientação do homem ser um individuo social. Havendo aqui um claro

indicador, que a chave da prevenção e o incentivo para a saída da toxicodependência, passa muito pelos familiares (Cury, 2000).

Os sujeitos que mais consomem são os que mais idade têm dentro desta população, por obviamente, mais anos de consumo terem, e mais quantidade de substância tóxica consumirem a cada ano que passa. O que em nada lhes facilita na paragem do consumo. Ficou também indiciado que fisicamente estão mais fragilizados. Curioso é verifica-se também, que quem mais consome, mais escolaridade apresenta, e, em contra partida menos espiritualidade e poder psicológico exerce. Ou seja, parece que estes indivíduos são muito mais guiados pelos instintos de hedonismo (prazer biológico imediato) que por outros valores quaisquer.

Foi importante a análise feita sobre a fé, que evidenciou tornarem-se os toxicodependentes mais resilientes, ou seja perseverantes, autossuficientes e autoconfiantes no seu exercício de recuperação e projeto de vida. Torna-se a fé dentro da população que procura deixar o consumo, uma alavanca importante de resiliência para o abandono da dependência, física e psicológica que levou esta população à perda de autodeterminação de conduta normativa. Deixando-a sem um plano existência convencional, relegada a um plano de vida reificado (Da Agra, 1998). Surgindo pelo impulso e despertar da espiritualidade, a força motriz para o exercício da resiliência e nova vida: independentemente das diferenças de óticas, mais ou menos, religiosas ou até ateístas, o exercício das crenças pode mobilizar energias e iniciativas extremamente positivas, com potencial ilimitado para melhorar a qualidade de vida da pessoa (Saad, 2001). E de grande equilíbrio se torna a fé, para o que a exerce de convicção intrínseca, parafraseando as palavras de Cristo: A fé move montanhas. Mesmo as montanhas da droga, e pode trazer equilíbrio emocional e mental a cérebros tão mal tratados pelos tóxicos e agruras da vida.

O resultado da variável “domínio psicológico”, não foi de menos importância do que as demais em estudo. À luz dos resultados, merece a melhor atenção para a realização do bem-estar destes indivíduos. Como já dito: a capacidade psicológica destes indivíduos tem essencialmente que ser trabalhada para a sua “possível recuperação”, pois quanto maior for o domínio psicológico, maior parece ser a sua qualidade de vida, a espiritualidade (que lhes outorga esperança/otimismo), a resiliência (que lhes outorga perseverança, sentido para a vida, serenidade). Ou seja, os recursos

necessários para uma Vida Vitoriosa no sentido de largarem o consumo sem constantemente recaírem de novo no consumo.

Numa palavra final, o caminho da toxicodependência apresenta-se como diz o provérbio: “Na frente de cada pessoa encontra-se um caminho que parece direito e seguro, mas no fim do qual se encontra a morte” (Salomão, 2001, p.18). A toxicodependência ou a dependência tem sido definida como “o consumo repetido de uma substância, que provoca o desejo imperioso de consumir o produto. A tendência espontânea é para aumentar as doses (fenómeno de tolerância) e o aparecimento de uma sujeição física e psíquica (adição) é constante” (Quevauvillier, 2003, p.856). Podendo-se então dizer, que a dependência dos toxicómanos não depende tanto em si, das substâncias consumidas “ (drogas, álcool, trabalho, compras, internet, jogo ou o sexo), mas do alívio que este vai proporcionar durante alguns instantes. Por outras palavras, a pessoa depende não do produto mas da experiência que daí retira” (Dortier, 2006, p. 6).

Então, desta investigação o que depreendemos com encanto, é que o toxicodependente, tem ao seu dispor recursos internos e externos oferecidos pelos componentes do bem-estar subjetivo, e da espiritualidade, que com os da própria resiliência, podem torna-lo cada vez mais resiliente no enfrentamento à tendência, nata ou do meio para sucumbir ao vício (à tolerância) que o mergulha na toxicodependência (na adição). Desta investigação também nos parece, haver indícios que o bem-estar subjetivo e a espiritualidade afetam positivamente a resiliência e vice-versa. Assim desde que o toxicodependente o deseje, e tenha apoio familiar, de amigos e da sociedade (como sinal altruísta, moral e ético – caraterísticas humanas desde primórdios imemoriáveis, por vezes esquecidas), poderá mudar o rumo sinuoso do seu caminho, e ter uma Vida Vitoriosa: enfrentando a adversidade (dos tóxicos) com resiliência, com qualidade de vida e espiritualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, Cândido da. (1998). Entre Droga e Crime. Lisboa: Editorial Notícias.
- Anaut, Marie. (2005). A Resiliência – Ultrapassar os Traumatismos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andreasen, C. (2003). Admirável Cérebro Novo: Dominar a doença mental na era do genoma. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, Rosana. (2009). Psicologia e Resiliência: Uma revisão de literatura. Psicologia Argumento. Curitiba, jul./set, 27(58), 253-260. ISSN0103-7013.
- Boff, Leonardo. (2002). Do Icíberg à Arca de Noé – O nascimento de uma ética planetária. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Bradburn, N. (1969). The strcture of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- Bucher, R. (1992). Drogas e droganização no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burki, Hans. (1980). A Busca Humana – Por Um Significado Permanente na Vida. Queluz: Núcleo Editora.
- Galinha, Iolanda Costa. (2008). Bem-Estar Subjectivo – Factores Cognitivos, Afectivos e Contextuais. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, Carlos Mota. (2001). Droga Um problema de Saúde Pública. Revista Saúde Pública Mental, Vol. 3, nº 4, pp. 9-17.
- Carvalho, C. A. F. & Pereira, I. (2012). Adaptação da “the resilience scale” para a População adulta portuguesa. Psicologia USP, São Paulo, 23(2), 417-433.
- Coelho, Manuel F. Pinto. (1986). Toxicomania – A Liberdade Começa no Corpo. Sintra: Minerva C.S. Lda.
- Collins, Gary R. (2004). Aconselhamento Cristão. São Paulo: Edições Vida Nova.

Chaves, E. C. L.; Carvalho, E. C. de; Dantas, R. A. S.; et al. (2010). Revista de enfermagem. UFPE, 4 (2), 715-21.

Cury, Augusto Jorge. (2000). A Pior Prisão do Mundo. São Paulo: Editora Academia de Inteligência.

Cury, Augusto Jorge. (2008). O Código da Inteligência: a formação de mentes brilhantes e a busca pela excelência emocional e profissional. Rio de Janeiro: Ediouro.

Dantas, Catarina; Gonçalves, Artur; Carvalho, Graça. (2005). Prevenção do abuso de substâncias nos manuais portugueses LIBEC/CIFPEC, IEC. Universidade do Minho.

Diener, E.; Suh, E.M; & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. University of Illinois.

Dortier, Jean François. (2006). Dicionário das Ciências Humanas. Lisboa: Climepsi Editores.

Fedotov, Yury. (2013). UNODC, *World Drug Report* (United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6).

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. (1968). Novo Dicionário da Língua Portuguesa. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira, Israel Alves. (2009). As Emoções de Um Líder – Como Administrar Corretamente as Suas Emoções. Rio de Janeiro: CPAD.

Ferreira, Maria Arlete Alves. (2011). Estudo Clínico sobre o Impacto Psicológico – Funcional e Espiritual no Estatuto de Sobrevivente Oncológico. Dissertação apresentada à Universidade Católica – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde.

Fergusson, David M; Horwood, L. John. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21 year study. In: Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities, ed. Suniya S Luthar (pp.130-155). Cambridge: University Press.

Fornazari, S.; Ferreira, R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e Saúde. Psicologia. Teoria e Pesquisa, 26(2), 265-272.

Frankl, Viktor E. (2002). O Homem em Busca de um Sentido. Alfragide: Lua de Papel.

Fontoura, Luiz Francisco.; Resende, Cibele Cristina Freitas de.; Rodrigues, Marcela Marinho.; Guiraud, Fernando Luiz Menezes. (2008). Igualdade Temática: Drogadição. Revista Igualdade, edição especial, Curitiba, Março, 41(14).

Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). História e evolução do conceito de Bem-Estar Subjetivo. Psicologia, Saúde e doenças, 6(2), 203-214.

Giacomoni, C. (2004). Bem-estar Subjectivo: em busca da qualidade de vida. Temas da psicologia da SBP, Vol.12, nº1, pp.43-50.

Götz, Wolfgang. (2001). Linhas orientadoras para a avaliação de ações de prevenção da toxic dependência – manual para planeamento e avaliação de programas. Lisboa: OEDT.

Götz, Wolfgang. (2012). Relatório anual 2012: A evolução do fenómeno da droga na Europa. Lisboa: OEDT.

Guimarães, H.P.; Avezum, A. (2007). O Impacto da espiritualidade na saúde física. Revista Psiquiátrica Clínica, 34, suplemento 1, 88-94.

Kahn, Pierre. (1999). Dicionário Prático de Filosofia. Lisboa: Terramar.

Lasmar, Marcela Monteiro de Oliveira; Ronzani, Telmo Mota. (2009). “Qualidade de vida e resiliência: uma interface com a promoção da saúde” In: Revista APS, Vol.12, n.3, Jul/Set, pp. 339-350.

Lazarus, R. (1993). Coping With the Stress of Illness. In A. Kaplun (Eds.). Health Promotion and Chronic Illness: Discovering a New Quality of Health. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, pp. 11-29.

Maia, Rui Leandro. (2002). Dicionário de Sociologia. Porto: Porto Editora, Lda.

Manciaux, Michel. (2001). «La résilience » Un regard qui fait vivre, Études, Tome 395, pp. 321-330.

Moreira, Paulo. (2005). Para Uma Prevenção Que Previna. Coimbra: Quarteto

Marques, João; MD, Teixeira. (1998). Fatores Biológicos e Toxic dependência. Revista Toxic dependências, edição SPIT, 3(4), pp.3-26.

McCullough, G.; Heubner, E. & Laughlin, J. (2000) Life events, self-concept, and adolescents’ positive subjective well-being. Psychology in the schools, 37(3), 281-291.

Melo, Raúl António Soares de. (2002). Os Quês e os Porquês da Prevenção Primária da Toxic dependência. Revista Toxic dependências, edição SPTT, Vol. 8, nº 2, pp. 23-28.

Munist, Mabel. (1998). Manual de Identificación y Promoción de la Resiliencia en los Niños y Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud.

Noronha, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; Cardoso, Paloma Sodré; Moraes, Tatiana Nemoto Piccoli & Centa, Maria de Lourdes. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciência & Saúde coletiva, Vol.14, nº2, pp. 497-506. ISSN 1413-8123.

Novo, Rosa Ferreira. (2003). Para Além da Eudaimonia: O Bem-estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Nee, Watchman. (1986). O Homem Espiritual (Vol. 1). Belo Horizonte: Edições Parousia.

Ogden, J. (2004). Psicologia da Saúde (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Ohlig, Karl-Heinz. (2007). Religião – Tudo o que é Preciso Saber. Cruz Quebrada: Casa das Letras.

Oliveira, Ana. (2010). Resiliência para Principiantes (1ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Oliveira, Raimundo de. (1992). As Grandes Doutrinas da Bíblia (2ª edição). São Paulo: CPAD.

Panzini, R.G.; Rocha, N. S.; Bandeira D. R.; Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. Revista de Psiquiatria Clínica, 34, suplemento 1, pp. 105-115.

Pereira, Anabela Sousa. (2011). “Qualidade de Vida...Vidas de Qualidade.” II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia. Universidade de Évora.

Pereira, C. & Engelmann, A. (1993). Um Estudo da Qualidade de Vida Universitária no Trabalho entre Docentes da UFRJ. Arquivos Brasileiros de Psicologia, Vol. 45, nº4, pp. 12-48.

Peres, Julio Fernando Prieto; Simão, Manoel José Pereira & Nasello, Antonia Gladys. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. Revistar de Psiquiatria Clínica, Vol. 34, suplemento1, pp.136-145. ISSN 0101-6083.

Pervin, Lawrence A.; John, Oliver P. (2004). Personalidade teoria e Pesquisa. Porto Alegre: Artmed.

Pesce, R.; Assis, S. G.; Avanci, J.; Malaquias, J. & Oliveira, R. V. C. (2005). Adaptação Transcultural, Confiabilidade e Validade da Escala de Resiliência Cross-Cultural Adaption, Reliability and Validity of the Resilience Scale. Cadernos de Saúde Pública.

Pinto, Cândida, & Ribeiro, J. L. Pais. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. Arquivos de Medicina, 21(2), 47-53. ISSN 0871-3413. ArquiMed.

Quevauvilliers, J.; Perlemuter, L. (2003). Dicionário Ilustrado de Medicina. Lisboa: Climepsi Editores.

Reynaud, Michel; Hassan, Rahioui. (2008). Terapias Cognitivo-comportamentais e Adições. Lisboa: Climepsi Editores.

Rodrigues, D.M. & Pereira, C.A. (2007). A percepção do controle como fonte de bem-estar. Estudos e pesquisas em Psicologia, UERJ, Vol.7, nº3, pp. 541-556.

Saad, M.; Masiero, D.; Battistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. Revista Acta Fisiátrica 8(3), 107-112.

Salomão. (2001). O Livro: A Bíblia para Hoje – Provérbios. Queluz: Núcleo – CPC, Lda.

Sanchez, Zila van der Meer; Nappo, Solange Aparecida. (2008) Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Revista Saúde Pública. 42(2), 265-72. ISSN 0034-8910.

Sillamy, Norbert. (2002). Dicionário Temático Larousse. Mem Martins: Círculo de Leitores.

Silva, Antônio Itamar da; Alves, Vicente Paulo. (2007). Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. Diálogos Possíveis, Jan/Jun, pp. 191-209.

Simão, Manoel José Pereira; Saldanha, Vera. (2012). Resiliência e Psicologia Transpessoal: fortalecimento de valores, ações e espiritualidade. O Mundo da Saúde, São Paulo, 36(2), 291-302.

Simões, Mário R. & Machado, Carla & Gonçalves, Miguel M. & Almeida, Leandro S. (2008). Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa (Vol. 3). Coimbra: Quarteto.

Sommer, Manuel. (2004). Carreira de Saída da Toxicodependência. Lisboa: Climepsi Editores.

Souza, Marilza Terezinha Soares de; Cervený, Ceneide Maria de Oliveira. (2006). Resiliência: introdução à compreensão do conceito e suas implicações no campo da psicologia. Revista Ciência Humana – Universidade Católica de São Paulo, Vol. 12, nº. 2, pp. 21-29.

Teresa, MuchaTa; Martins, Carla. (2010). Impacto da Toxicodependência na Parentalidade e Saúde Mental dos Filhos: Uma Revisão Bibliográfica. Revista Toxicodependências (edição IDT), Vol.16, nº1, pp.47-56.

Vaz Serra, A.; Canavarro, M. C.; Simões, M. R.; Pereira, M.; Quartilho, M.; Rijo, D.; et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27(2), 41-49.

Werner, E. (Summer 2005). Resilience and Recovery: Findings from the Kauai Longitudinal Study. Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health 19(1), 11-14. <http://www.pathwaysrtc.pdx.edu/pdf/fpS0504.pdf> last accessed 25-04-2013).

www.fsba.edu.br/dialogospossiveis

<http://culturaverde.org/2012/08/22/dez-anos-apos-descriminalizacao-abuso-de-drogas-cai-pela-metade-em-portugal/Forbes.com>

<http://www.cienciaefe.net/2010/03/maior-escolaridade-leva-crenca.html>

<http://www.desafiojovem.com/index.php?id1=10&id2=19>

<http://www.cairn.info/revue-etudes-2001-10-page-321.htm>

<http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/saude/consumo-de-droga-a-escala-mundial-estabiliza#>

ANEXOS

ANEXO 1

Eu tenho:	Eu posso:
Pessoas do entorno em quem confio e que me querem incondicionalmente;	Falar sobre coisas que me assustam ou inquietam;
Pessoas que me põem limites para que eu aprenda a evitar os perigos ou problemas;	Procurar a maneira de resolver os problemas;
Pessoas que me mostram, por meio de sua conduta, correta de proceder;	Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo a maneira errado ou perigoso;
Pessoas que querem que eu aprenda a me desenvolver sozinho;	Procurar o momento certo para falar com alguém;
Pessoas que me ajudam quando estou doente, ou em perigo, ou quando necessito aprender.	Encontrar alguém que me ajude quando necessito.
Eu sou:	Eu estou:
Uma pessoa pela qual os outros sentem apreço e carinho;	Disposto a me responsabilizar por meus atos;
Feliz quando faço algo bom para os outros e lhes demonstro meu afeto;	Certo de que tudo sairá bem
Respeitoso comigo mesmo e com o próximo.	

FIGURA 1 - Fatores encontrados em pessoas resilientes

Fonte: Retirado de Grotberg (2005, p. 17).

ANEXO 2

QUADROS DE RESULTADOS

PORTUGAL

6.49 POPULAÇÃO RESIDENTE COM 15 OU MAIS ANOS, SEGUNDO A RESPOSTA À PERGUNTA SOBRE RELIGIÃO

ZONA GEOGRÁFICA	Total	População que não respondeu	Religião							
			Católica	Ortodoxa	Protestante	Outra cristã	Judaica	Muçulmana	Outra não cristã	Sem religião
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Portugal	8 989 849	744 874	7 281 887	56 550	75 571	163 338	3 061	20 640	28 596	615 332
Continente	8 563 501	725 711	6 893 708	55 665	73 731	158 768	2 886	20 337	27 844	604 851
Norte	3 132 449	178 602	2 772 730	6 323	11 070	42 524	676	2 263	5 946	112 315
Centro	2 008 497	145 151	1 715 105	10 651	13 792	27 454	567	1 611	3 687	90 479
Lisboa	2 383 995	289 338	1 642 916	22 203	34 639	67 457	1 149	14 202	14 469	297 622
Alentejo	654 528	69 358	499 428	5 252	5 787	9 961	149	552	1 641	62 400
Algarve	384 032	43 262	263 529	11 236	8 443	11 372	345	1 709	2 101	42 035
Região Autónoma dos Açores	202 575	9 382	184 696	225	823	1 959	129	136	332	4 893
Região Autónoma da Madeira	223 773	9 781	203 483	660	1 017	2 611	46	167	420	5 588

(fim)



ANEXO 3

Estamos a realizar um trabalho de pesquisa sobre como as pessoas encontram energia para ultrapassar embates adversos na vida, particularmente como deixar o consumo de estupefacientes. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um breve questionário. Serão feitas várias perguntas sobre a sua saúde física, emocional, e a sua espiritualidade.

É livre para não participar, ou desistir a qualquer momento do preenchimento deste questionário se não estiver de acordo. Asseguramos que todas as informações prestadas por si são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Dados Pessoais

(Por favor preencha ou marque com um X)

Idade ____ anos

☐ Masculino

Sexo

☐ Femenino

Anos de escolaridade

- ☐ 1º Ciclo (1º -4º anos)
☐ 2º Ciclo (5º-6º anos)
☐ 3º Ciclo (7º-9º anos)
☐ Secundário (10º-12º anos)
☐ Estudos Universitário
☐ Formação Pós-graduação

Tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se sim, quantos?

☐ Rapazes

☐ Raparigas

Tem fé em Deus?

☐ Sim

☐ Não

Mencione quais as substâncias mais consumidas por si numa escala gradual de 1 a 10
(o número 1 corresponde à droga menos consumida, o número 10 à droga mais consumida).

ÁLCOOL	TABACO	HERÓINA	COCAÍNA	HAXIXE	LSD	CANNABIS	ANFATAMINAS	Outra
nº 1-10								

Há quanto tempo?

☐ Anos

☐ Recuperado

☐ Em recuperação

Há quanto tempo?

ANEXO 4

CENTROS ONDE OS DADOS FORAM RECOLHIDOS

Desafio Jovem

1 – Castanheira do Ribatejo

2 – Fanhões (Central)

3 – Alter do chão (Alentejo)

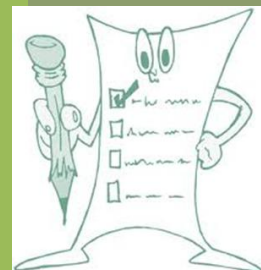
4 – Cucujães (Norte)

Reto

5 – Loures

Farol

6 – Sintra



Desafio Jovem

Teen Challenge - Portugal



NÃO À DROGA
ASSOCIAÇÃO
RETO À ESPERANÇA



ANEXO 5

WHOQOL-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 6

Escala de Resiliência adaptada à População Adulta Portuguesa (Original - Wagnild, & Young, 1993)

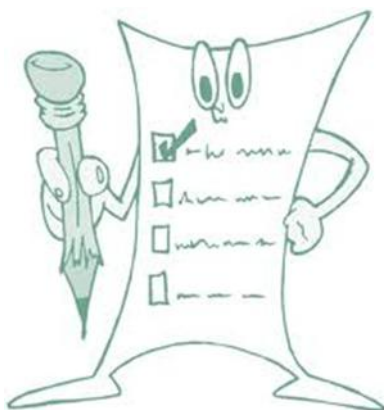
<p>Por favor, leia as instruções.</p> <p>Encontrará sete números, variando de "1" (Discordo Totalmente) a "7" (Concordo Totalmente). Assinale com uma cruz (X) o número que melhor indica seus sentimentos sobre essa afirmação. Por exemplo, se você discordar totalmente com a afirmação, assinale "1". Se você é neutro, assinale "4" e se concordar totalmente, assinale "7".</p> <p>Identificação (facultativo): _____</p> <p>Idade: _____ Sexo: _____</p>		Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo Pouco	Não Discordo e nem Concordo	Concordo Pouco	Concordo Muito	Concordo Totalmente
		1	2	3	4	5	6	7
1	Normalmente eu lido com os problemas de uma forma ou de outra.							
2	Sou capaz de depender de mim próprio/a mais do que de qualquer outra pessoa.							
3	Manter-me interessado/a nas atividades do dia a dia é importante para mim.							
4	Posso estar por conta própria se for preciso.							
5	Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.							
6	Sou amigo/a de mim próprio/a.							
7	Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.							
8	Sou determinado/a.							
9	Raramente me questiono se a vida tem sentido.							
10	Vivo um dia de cada vez.							
11	Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.							
12	Tenho autodisciplina.							
13	Mantenho-me interessado/a nas coisas.							
14	Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.							
15	A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.							
16	Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.							
17	Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspectivas.							
18	Por vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.							
19	A minha vida tem um propósito.							
20	Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.							
21	Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.							
22	Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.							
23	Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.							

ANEXO 7

ESPIRITUALIDADE (Pinto C & Pais-Ribeiro JL)

As frases / expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade / suas crenças pessoais, e ao modo como elas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, **marque** com uma **X** aquela opção que melhor expressar a sua opção, na **última semana**. Não existe resposta certa ou errada.

	Não concordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Plenamente de acordo
1 - As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	1	2	3	4
2 - A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	1	2	3	4
3 - Vejo o futuro com esperança	1	2	3	4
4 - Sinto que a minha vida mudou para melhor	1	2	3	4
5 - Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida	1	2	3	4



OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO!